

SUSANA MARGARIDA VIDIGUEIRA PAULITO ESTÊVÃO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS EM CENTRO DE DIA E
EM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

2017

SUSANA MARGARIDA VIDIGUEIRA PAULITO ESTÊVÃO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS EM CENTRO DE DIA E
EM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efectuado sob a orientação de:

Professor Doutor Filipe Nave



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

2017

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS EM CENTRO DE DIA E EM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Declaração de Autoria de Trabalho:

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Os autores e os trabalhos consultados estão devidamente citados ao longo do texto e constam da lista de referências bibliográficas.

Copyright Susana Paulito Estêvão

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

A ti, avó Martinha, que me ensinaste
o que é a bondade [*in memoriam*].
A ti, mãe, que me ensinas todos os dias
a ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer à minha mãe, por todo o apoio emocional e financeiro durante este longo percurso. Por todas as palavras de incentivo e por todo o orgulho demonstrado na "sua Susana".

À minha avó Martinha, que já não se encontra entre nós mas é a principal responsável por ter escolhido a área da gerontologia. Foi graças a ela que aprendi a importância de valorizar os mais velhos.

Ao meu marido Joaquim, que nunca deixou de acreditar em mim. Que sempre me fez sentir capaz de concluir esta etapa. Dedico este trabalho a ti, por toda a paciência e carinho ao longo destes anos.

Quero também deixar um agradecimento muito especial à minha amiga Marisa, que foi e é um pilar na minha vida. A ti minha grande amiga, um muito obrigado por tudo.

A ti, meu amigo César "Cesário" Martinho, que com a tua tranquilidade e leveza sempre me encorajaste a continuar. Foste uma parte imprescindível deste percurso.

Ao Professor Doutor Filipe Nave, meu orientador, que muito amavelmente me ajudou das mais diversas formas, transmitindo os seus conhecimentos para que fosse possível concluir este trabalho. Manteve-se sempre presente e disponível, demonstrando uma grande compreensão para comigo e com algumas limitações que surgiram. A si, professor, deixo o meu eterno agradecimento.

Gostaria ainda de fazer referência a todos os docentes que lecionaram no mestrado de Gerontologia Social e que contribuíram para que fosse possível realizar esta dissertação.

Ao Eng.º Macário Correia, que permitiu que esta investigação fosse feita no Centro Social de Santo Estêvão. Agradeço a todos os envolvidos que possibilitaram que este trabalho fosse realizado num sítio que tanto prezo.

Como não podia deixar de ser quero também agradecer a todos os idosos que participaram neste estudo. Aos idosos de Centro de Dia, que tão pacientemente responderam às minhas questões e aos de Serviço de Apoio Domiciliário, que abriram a porta de suas casas tão atenciosamente para me poderem receber. A vocês, que estão para sempre no meu coração, e que são a minha motivação para continuar neste percurso profissional.

RESUMO

Um dos maiores avanços na história da humanidade é o facto da Esperança Média de Vida estar, em vários países, acima dos 80 anos. No entanto, este envelhecimento populacional acarreta sérias questões na sociedade, sendo que uma das maiores preocupações atualmente é a qualidade de vida dos idosos.

Por essa razão, esta investigação centra-se na qualidade de vida de idosos em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário para que seja possível contribuir para os estudos já existentes na região do Algarve. Este estudo tem como principal objetivo avaliar e comparar a qualidade de vida entre os idosos institucionalizados em Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário. Desta forma, pretende-se caracterizar os idosos, bem como identificar e descrever as relações das variáveis socioeconómicas e contextuais com a qualidade de vida.

Para esta investigação realizou-se um estudo de caso exploratório, descritivo, transversal e comparativo. Para recolha de dados aplicou-se um formulário sociodemográfico e contextual elaborado pela investigadora e a escala WHOQOL-Bref. A amostra é composta por 41 idosos com idades compreendidas entre os 66 e os 94 anos, institucionalizados em Centro de Dia ou em Serviço de Apoio Domiciliário no Centro Social de Santo Estêvão, Tavira. Os dados foram posteriormente tratados através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*).

Os principais resultados indicam que há diferenças estatisticamente significativas em relação ao género e à qualidade de vida ($p=0,007$), em que os homens têm maior qualidade de vida que as mulheres no domínio físico. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente às variáveis resposta social, estado civil, gestão de rendimentos e idade.

Palavras-chave: *Envelhecimento, Qualidade de Vida, Idosos, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário*

ABSTRACT

One of the most remarkable accomplishments of humanity is the fact that the average life expectancy is, in many countries, above 80 years of age. However, this increased demographic aging brings serious issues to society, being one of the main concerns the quality of life of the elderly.

For that reason, this research is focused on the quality of life of the elderly institutionalized in a day center and in a home support service, aiming to contribute for other existing studies in the Algarve region. Our main purpose is to evaluate and compare the quality of life between the elderly that are institutionalized in a Day Center and the ones that are in a Home Care Service. By doing so, we intend to characterize the elderly and identify and describe the relation between the sociodemographic variables and the quality of life.

For this research we did an exploratory case study, descriptive, cross-sectional and comparative. To collect the data we used a sociodemographic and contextual form made by the author as well as the WHOQOL-Bref scale.

The sample is composed by 41 individuals with ages between 66 and 94 years old, that are institutionalized in the Day Center or Home Care Service in Centro Social de Santo Estêvão, Tavira. The data were later processed through the SPSS program (Statistical Package for Social Sciences).

The main results indicate that there are significant differences relating gender to quality of life ($p=0,007$), in which the men seem to have more quality of life than women in the physical domain. Yet, no significant differences were found relating type of institutional service, civil status, management of the earnings and age to quality of life.

Key-words: *Aging, Quality of Life, Elderly, Day Center, Home Care Service*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1. Envelhecimento Populacional.....	4
1.2. Pensar o envelhecimento	7
1.2.1. Envelhecimento biológico.....	9
1.2.2. Envelhecimento cognitivo	10
1.3. Qualidade de vida	11
1.4. Institucionalização	14
1.4.1. Centro de dia.....	15
1.4.2. Serviço de apoio domiciliário.....	17
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	19
2.1. Questão de investigação	20
2.2. Objetivos do estudo	20
2.3. Tipo de estudo	21
2.4. População e amostra	22
2.5. Variáveis em estudo.....	23
2.5.1. Formulário sociodemográfico e contextual.....	23
2.5.2. Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref	24
2.5. Hipóteses.....	26
2.6. Procedimentos.....	27
2.6.1. Procedimentos éticos e legais	27
2.6.2. Procedimentos de colheita de dados	28
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	30
3.1. Análise descritiva	31
3.1.1. Caracterização da instituição.....	31
3.1.2. Caracterização da amostra.....	32
3.1. Caracterização da Qualidade de Vida.....	44
3.2. Análise Inferencial	63
DISCUSSÃO.....	68
CONCLUSÕES	80

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	90
APÊNDICES	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1.1 – Os países mais envelhecidos em 2015 e 2050.....	4
------------------------------------------------------------------	---

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1.1 – Distribuição gráfica percentual da população residente e da população com 65 ou mais anos (em Portugal).....	5
Gráfico n.º 1.2 – Distribuição gráfica percentual dos idosos que vivem sozinhos ou em companhia exclusiva de pessoas com 65 ou mais anos (em Portugal).....	7
Gráfico n.º 3.3 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por classes etárias.....	34
Gráfico n.º 3.4 - Distribuição gráfica percentual dos idosos por grau de avaliação da sua qualidade de vida.....	45
Gráfico n.º 3.5 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por grau de satisfação com a sua saúde	46
Gráfico n.º 3.6 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por grau de satisfação consigo próprio	56
Gráfico n.º 3.7 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por grau de satisfação com o apoio recebido dos amigos.....	58
Gráfico n.º 3.8 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por frequência que têm sentimentos negativos.....	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1.1 – Esperança Média de Vida à nascença e aos 65 anos em Portugal.....	6
Tabela n.º 3.2 – Distribuição dos idosos por resposta social.....	32
Tabela n.º 3.3 – Estatísticas descritivas idade	33
Tabela n.º 3.4 – Distribuição dos idosos por classes etárias.....	33
Tabela n.º 3.5 – Distribuição dos idosos por género	34
Tabela n.º 3.6 – Distribuição dos idosos por estado civil.....	35
Tabela n.º 3.7 – Distribuição dos idosos por escolaridade	36
Tabela n.º 3.8 – Distribuição dos idosos por profissão	37
Tabela n.º 3.9 – Distribuição dos idosos por agregado familiar.....	37
Tabela n.º 3.10 – Distribuição dos idosos por rendimento mensal (em Euros).....	38
Tabela n.º 3.11 – Distribuição dos idosos por gestão de rendimentos	39
Tabela n.º 3.12 – Distribuição dos idosos por antecedentes médicos	40
Tabela n.º 3.13 – Distribuição dos idosos por motivo de institucionalização	41
Tabela n.º 3.14 – Distribuição dos idosos por ideia da institucionalização.....	41
Tabela n.º 3.15 – Distribuição dos idosos por participação em atividades socioculturais	42
Tabela n.º 3.16 – Distribuição dos idosos por atividades socioculturais em que participam	43
Tabela n.º 3.17 – Distribuição dos idosos por serviços que usufruem no Serviço de Apoio Domiciliário.....	44
Tabela n.º 3.18 – Distribuição dos idosos por grau de avaliação da sua qualidade de vida	45
Tabela n.º 3.19 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua saúde	46
Tabela n.º 3.20 – Distribuição dos idosos por grau de interferência das dores no seu dia-a-dia	47
Tabela n.º 3.21 – Distribuição dos idosos por grau de necessidade de cuidados médicos no seu dia-a-dia.....	47
Tabela n.º 3.22 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua vida.....	48
Tabela n.º 3.23 – Distribuição dos idosos por grau de sentido atribuído à sua vida	48
Tabela n.º 3.24 – Distribuição dos idosos por grau de concentração	49
Tabela n.º 3.25 – Distribuição dos idosos por grau de segurança no seu dia-a-dia.....	49
Tabela n.º 3.26 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com o seu ambiente físico	50
Tabela n.º 3.27 – Distribuição dos idosos por grau de energia na sua vida diária	50

Tabela n.º 3.28 – Distribuição dos idosos por grau de aceitação da sua aparência física	51
Tabela n.º 3.29 – Distribuição dos idosos por grau de dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades	51
Tabela n.º 3.30 – Distribuição dos idosos por grau de facilidade em ter acesso a informações para o seu dia-a-dia	52
Tabela n.º 3.31 – Distribuição dos idosos por grau de oportunidade de realizar atividades de lazer.....	53
Tabela n.º 3.32 – Distribuição dos idosos por grau de avaliação à sua mobilidade	53
Tabela n.º 3.33 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com o seu sono.....	54
Tabela n.º 3.34 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua capacidade para desempenhar tarefas no dia-a-dia	54
Tabela n.º 3.35 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua capacidade de trabalho	55
Tabela n.º 3.36 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação consigo próprio	55
Tabela n.º 3.37 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com as suas relações pessoais.....	56
Tabela n.º 3.38 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua vida sexual	57
Tabela n.º 3.39 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com o apoio que recebe dos amigos	57
Tabela n.º 3.40 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com as condições do lugar onde vive	58
Tabela n.º 3.41 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com o acesso aos serviços de saúde	59
Tabela n.º 3.42 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com os transportes que utilizam	60
Tabela n.º 3.43 – Distribuição dos idosos por frequência que têm sentimentos negativos	60
Tabela n.º 3.44 – Distribuição dos resultados obtidos com WHOQOL-Bref por domínios	62
Tabela n.º 3.45 - Distribuição dos resultados obtidos com WHOQOL-Bref por domínios no estudo de Silva (2011)	62
Tabela n.º 3.46 - Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável resposta social.	63
Tabela n.º 3.47- Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável género.....	64
Tabela n.º 3.48 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis para a variável estado civil.....	65

Tabela nº 3.49 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis para a variável gestão de rendimentos	66
Tabela nº 3.50 - Resultado do teste de correlação de Spearman para a variável idade...	66

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - WHOQOL-Bref.....	91
----------------------------	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Formulário Sociodemográfico e Contextual	97
APÊNDICE II - Pedido de autorização para aplicação do instrumento WHOQOL-Bref	102
APÊNDICE III -Resposta à solicitação de autorização para aplicação do WHOQOL-Bref	104
APÊNDICE IV - Pedido de autorização para aplicação do instrumento WHOQOL-Bref e Formulário Sociodemográfico e Contextual no Centro Social de Santo Estêvão	106
APÊNDICE V - Resposta à solicitação para aplicação do WHOQOL-Bref e Formulário Sociodemográfico e Contextual no Centro Social de Santo Estêvão	108
APÊNDICE VI - Consentimento Informado.....	110

SIGLAS & ABREVIATURAS

QV- Qualidade de Vida

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

OMS – Organização Mundial de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

EMV – Esperança Média de Vida

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-100 – World Health Organization Quality of Life Assessment

WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality of Life Bref Form

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

p – Grau de significância

s.d. – Sem data

INTRODUÇÃO

A gerontologia começou a desenvolver-se enquanto ciência durante a segunda metade do século XX – altura em que o envelhecimento da população se tornou mais evidente. A gerontologia social é, de acordo com Fernández-Ballesteros (2009), uma especialidade que visa estudar todos os aspetos sociais relativos aos idosos, ocupando-se do estudo e conhecimentos do envelhecimento e do idoso. Moody e Sasser (2015) referem que a gerontologia social tem um vasto leque de interesses, sendo uma área multidisciplinar com uma vertente de investigação e coloca em prática informações de várias ciências sociais. Os autores defendem ainda que tem o objetivo de compreender o envelhecimento através de várias perspetivas.

A nossa sociedade depara-se com um novo problema por resolver – a crescente população idosa e a falta de resposta para a mesma. Chaimowicz (2013) refere que no início do século XX a Esperança Média de Vida situava-se aproximadamente nos 45 anos em países como França e Itália. Atualmente, nesses mesmos países a EMV pode estar acima dos 80 anos. Sowers e Rowe (2007) referem que este envelhecimento populacional pode ser considerado um dos maiores avanços da humanidade, mas que ao mesmo tempo é o seu maior desafio. Born (2002) afirma que a sociedade não está preparada para enfrentar este novo problema, pois até os problemas fundamentais ainda estão em fase de resolução. Almeida (2012) salienta que este crescimento populacional deve ter um interesse demográfico urgente, pois tem implicações económicas e sociais bastante profundas. Segundo Sousa (2009), um dos impactos mais significativos será ao nível do Sistema Nacional de Segurança Social, uma vez que a diminuição da população ativa reduz os valores das contribuições, reduzindo consequentemente as receitas.

De acordo com Chaimowicz (2013), uma das características deste acentuado envelhecimento populacional é o aumento significativo de idosos com mais de 80 anos. O autor refere que estes idosos requerem recursos mais elevados no sistema de saúde, provocando um impacto em vários domínios. Além disso, estes idosos estão mais suscetíveis a maiores níveis de dependência e prevalência de doenças. Carvalho e Mota (2012) alertam que este envelhecimento populacional requer medidas e iniciativas no

sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos, e que a medicina só pode ajudar até certo ponto – depende, e muito, da própria pessoa. Fernandes (2013) questiona se o país estará preparado para assegurar os cuidados necessários e o apoio social a estes idosos, demonstrando uma preocupação com o futuro.

Com este crescente envelhecimento populacional torna-se essencial realizar estudos direcionados aos idosos. Conforme Fernández-Ballesteros (2009) alerta, vivemos no continente mais envelhecido do mundo. Este envelhecimento resulta de duas grandes alterações demográficas – um significativo aumento da esperança média de vida, em consequência do desenvolvimento científico, social, económico e político e uma diminuição da natalidade. O envelhecimento da população vai continuar a aumentar nos próximos anos, e a preocupação da sociedade deve incidir em proporcionar maior qualidade de vida aos idosos e não só prolongar a vida.

Também Carvalho e Mota (2012) garantem que a melhoria da qualidade de vida dos idosos será o principal desafio do século XXI. O que se pretende é não só viver mais, mas principalmente viver melhor. Tamer e Petriz (2007) recordam que o facto da esperança média de vida ter aumentado significativamente não representa qualidade de vida. Sakolovsky (2009) está de acordo, defendendo que quando os indivíduos vivem mais tempo, a qualidade dessa vida mais longa deve tornar-se um ponto de interesse essencial. O autor questiona ainda se estaremos a viver mais de uma forma saudável ou se estes anos que vivemos mais são passados de forma precária.

Assim, a escolha deste tema surge da necessidade de compreender em que contexto o idoso apresenta maior qualidade de vida dentro da institucionalização – em Centro de Dia ou em Serviço de Apoio Domiciliário – e quais os fatores que influenciam a sua melhor ou pior perceção.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento Populacional

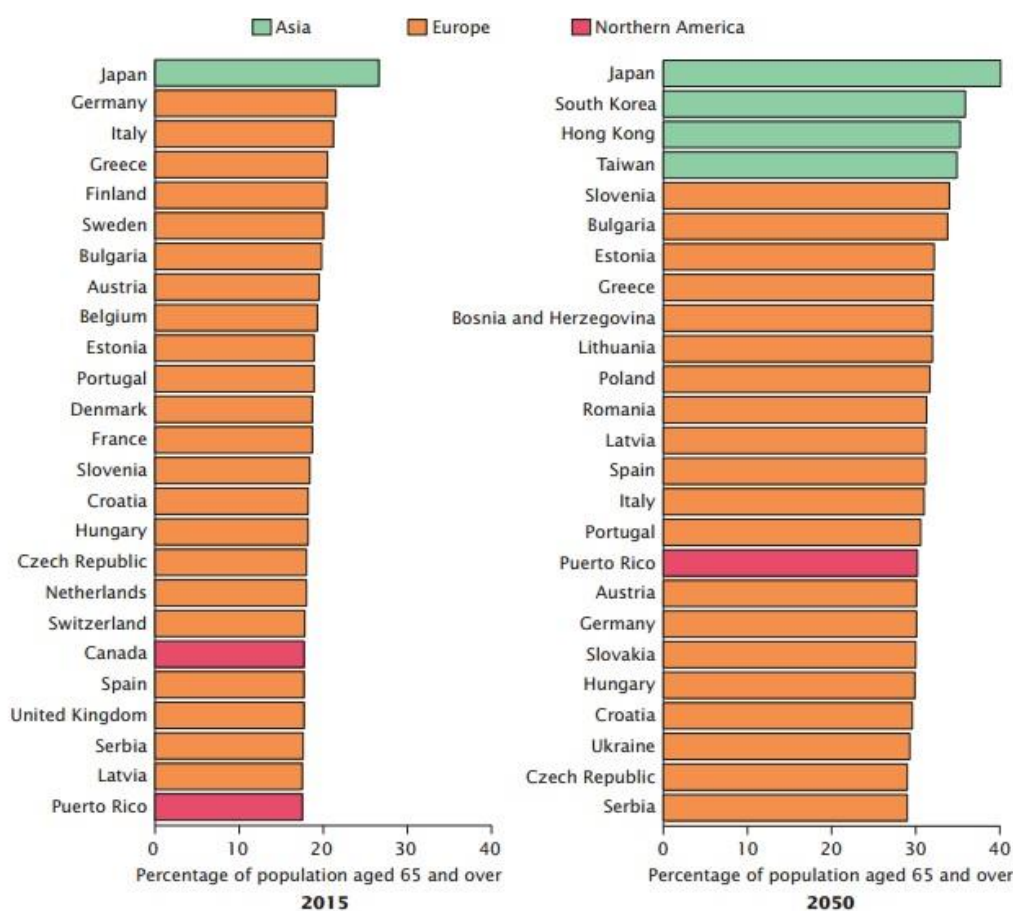
Uma das principais preocupações da sociedade atual é o facto de Portugal e da Europa estar com uma taxa de natalidade baixa e o número de idosos estar a aumentar.

Sowers e Rowe (2007) salientam que há mais de 600 milhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, representando 10% da população. No entanto, em 2050 prevê-se que mais de 21% da população seja idosa. Os autores acrescentam que em menos de 50 anos, uma em cinco pessoas será idosa.

Segundo He, Goodkind e Kowal (2016) pela primeira vez, antes de 2020 o número de idosos vai ser superior ao número de crianças com menos de 5 anos. Em 2050 espera-se que os indivíduos com mais de 65 anos sejam mais que o dobro que as crianças com menos de 5.

Como é possível verificar através da figura n.º 1.1, em 2015 o Japão era o país mais envelhecido, seguido de países como a Alemanha, Itália, Grécia e Finlândia.

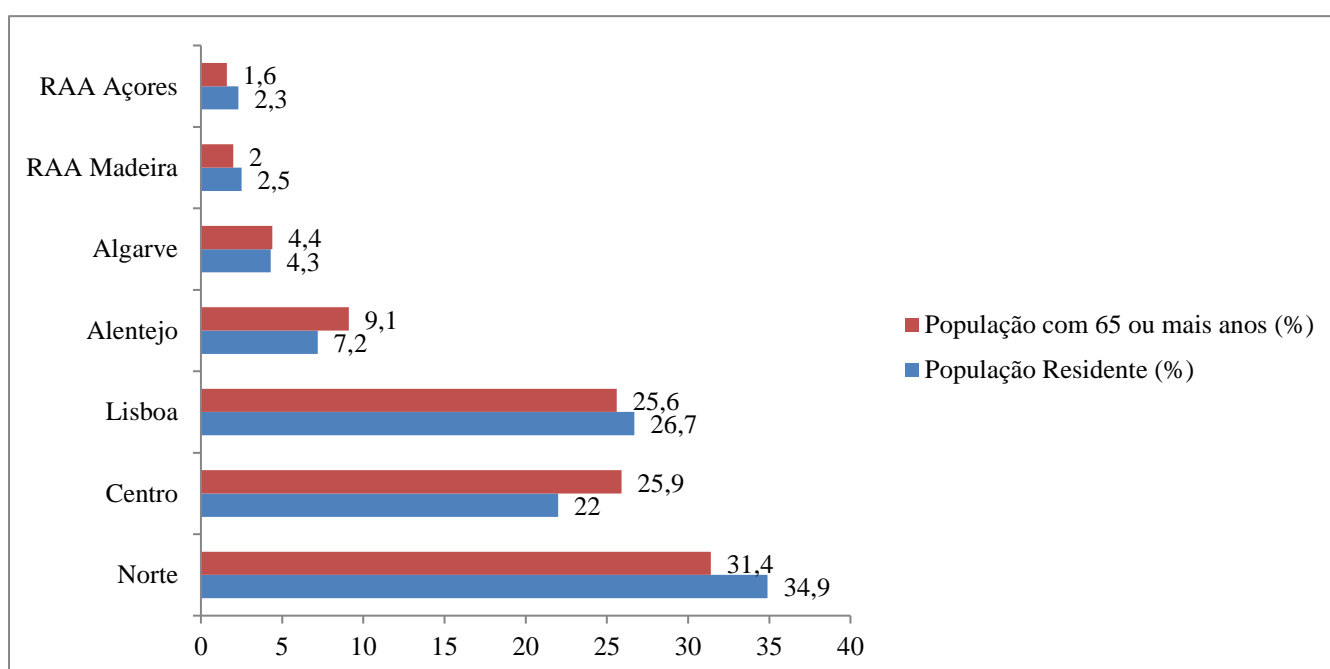
Figura n.º 1.1 – Os países mais envelhecidos em 2015 e 2050



Adaptado de US Census Bureau (2016)

De acordo com dados do INE (2015), Portugal tem o 5º valor mais elevado de envelhecimento da União Europeia. O INE (2017) prevê ainda que em 2080 haja 317 idosos para 100 jovens, o que são números preocupantes. Angulo e Jimenez (2000) salientam que as migrações também devem ser consideradas quando falamos de alterações demográficas na sociedade, especialmente a esta escala, uma vez que as pessoas mais propícias a emigrar são jovens e adultos e não idosos.

Gráfico n.º 1.1 – Distribuição gráfica percentual da população residente e da população com 65 ou mais anos (em Portugal)



Adaptado de INE (2015) – Censos 2011

Em 1970, a proporção da população jovem (dos 0 aos 14 anos) era de 28,5%. Atualmente é de 14,4%. Já a população idosa era, em 1970, de apenas 9,7%. Os últimos dados recolhidos, em 2014, apontam que a população idosa ocupa agora 20,3%. Assim, segundo o INE (2015), temos atualmente os seguintes dados estatísticos referentes a Portugal: 14,4% jovens entre os 0 e os 14 anos; 65,3% de pessoas em idade ativa e 20,3% de idosos. Importa ressaltar também que, em 2014, existiam 141 idosos para cada 100 jovens. O INE (2017) alerta ainda que a população em Portugal passará a ser 7,5 milhões em 2031, sendo que atualmente é de 10,3.

De acordo com o INE (2015), a população idosa é maioritariamente composta por mulheres, que vivem mais tempo que os homens. Autores como Sowers e Rowe (2007) e He, Goodkind e Kowal (2016) referem que o género tem influência na forma como as pessoas envelhecem e corrobora que as mulheres têm tendência a viver mais anos que os homens. Os autores ressaltam que, ainda assim, os idosos do género feminino têm mais probabilidade de ser afetados por doenças incapacitantes em idades mais avançadas. Em 2013, a nível mundial, existiam 85 homens para cada 100 mulheres com idades superiores a 60 anos. Já nos idosos com idades superiores a 80 anos, constatamos que existem 61 homens para cada 100 mulheres.

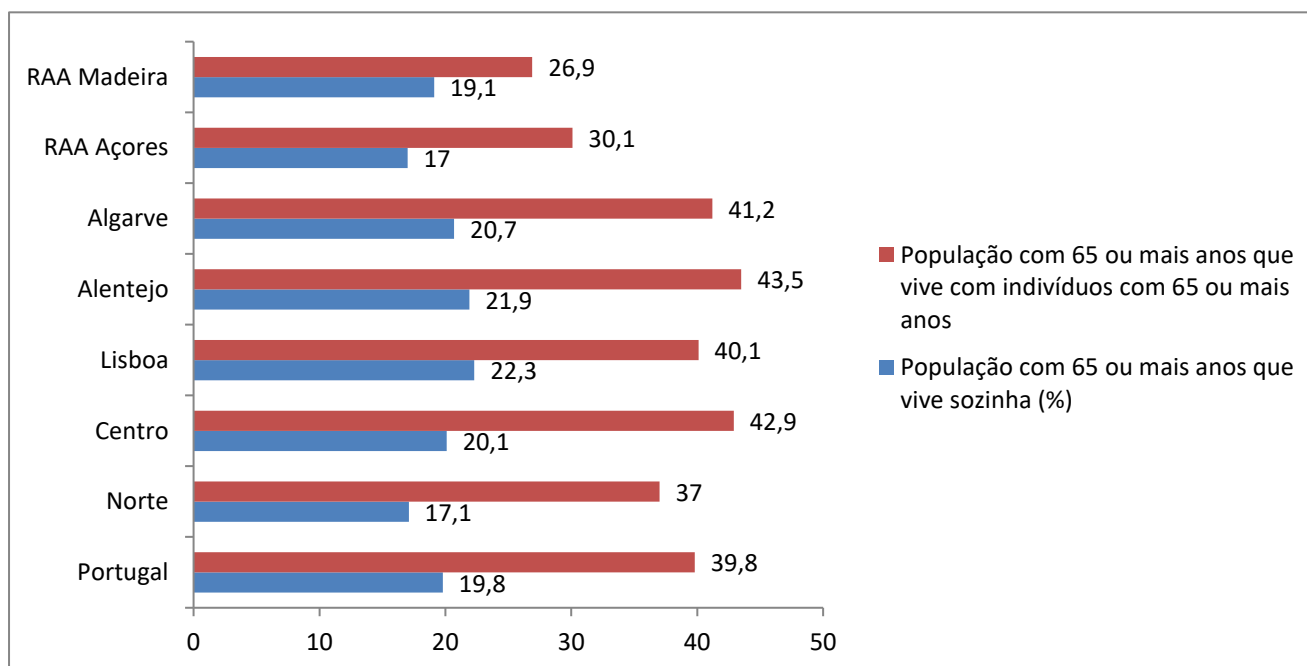
Tabela n.º 1.1 – Esperança Média de Vida à nascença e aos 65 anos em Portugal

Esperança Média de Vida à nascença (anos)			
Anos	Homem e Mulher	Homem	Mulher
2008-2010	79,29	76,17	82,19
2009-2011	79,55	76,47	82,43
2010-2012	79,78	76,67	82,59
2011-2013	80,00	76,91	82,79
2012-2014	80,24	77,16	83,03
2013-2015	80,41	77,36	83,23

Adaptado de INE (2016)

Além do envelhecimento da população estar a aumentar, a sociedade depara-se com uma realidade cada vez mais recorrente. À medida que o número de idosos aumenta, crescem também os casos em que os seniores vivem sós ou em companhia exclusiva de outras pessoas da mesma faixa etária. Conforme podemos constatar com a análise do gráfico seguinte, existe em Portugal uma percentagem significativa de idosos nesta situação.

Gráfico n.º 1.2 – Distribuição gráfica percentual dos idosos que vivem sozinhos ou em companhia exclusiva de pessoas com 65 ou mais anos (em Portugal)



Adaptado de INE (2015) – Censos 2011

1.2. Pensar o envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural do ser humano - as pessoas nascem, crescem e morrem - e também multifatorial, arrastando um declínio fisiológico do organismo. Sowers e Rowe (2007) também defendem que o processo de envelhecimento começa antes de nascermos e continua por toda a vida. Moraes, Moraes & Lima (2010) referem ainda que o envelhecimento representa "um conjunto de consequências ou os efeitos da passagem do tempo" (p. 67).

Moraes et. al. (2010) referem também que do ponto de vista psicológico o envelhecimento representa sabedoria e compreensão plena do sentido da vida, embora a maioria das pessoas esteja focada apenas na juventude. Os autores consideram que o idoso está na grande fase da vida, em que o indivíduo atinge o grau máximo de compreensão da vida e do seu papel. Moody e Sasser (2015) referem que as pessoas não se tornam idosas de um dia para o outro, só porque chegam à idade que a sociedade define como tal – este é um processo gradual. Até há pouco tempo a grande maioria das investigações na área do desenvolvimento humano era focada no crescimento social e intelectual das

crianças. Atualmente, os investigadores estão a começar a fazer estudos na área da terceira idade, o que nos permite ter uma visão mais clara sobre o idoso.

Hoje sabe-se que o envelhecimento não é homogéneo mas sim heterogéneo, e que, de acordo com Paúl (2005) implica uma visão holística do indivíduo, considerando-o como um ser físico, social e psicológico. O envelhecimento biológico é medido pela capacidade funcional e vital dos sistemas do corpo humano, o envelhecimento social está relacionado com o papel social imposto pela população nesta fase da vida e o envelhecimento psicológico define-se pela autoconfiança e capacidade comportamental do indivíduo. Também Shneider e Irigaray (2008) defendem que só podemos caracterizar a velhice se tivermos em conta a relação que se estabelece entre os diferentes aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais, dependendo também a sua caracterização das condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais.

Existem três grandes tipos de envelhecimento – o bem-sucedido, o normal e o patológico. O primeiro caracteriza-se, de um modo geral, pelo baixo risco de doença ou incapacidades por ela causadas, bem como pelo elevado funcionamento físico, cognitivo e social (Rowe e Kahn, 1998, citado por Fonseca, 2005). De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento normal, também designado por senescência, tal como o próprio nome sugere, é aquele que decorre sem nenhuma doença grave, apenas o declínio normal associado à idade. Ainda segundo a mesma autora (2009), o envelhecimento patológico está associado ao aparecimento de doenças mais graves, muitas vezes crónicas, que de maior ou menor forma podem incapacitar o idoso.

Neri (s.d., citado por Moura, 2006) considera que o modo de envelhecer depende do curso de vida de cada um, tal como do grupo etário e da geração, sendo a forma de envelhecer definida pela influência constante das circunstâncias históricas, culturais e da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e de envelhecimento, bem como de fatores genéticos e do ambiente ecológico.

Shneider e Irigaray (2008) referem ainda que atualmente devemos ter em conta nas nossas investigações as diferenças que existem nos três grandes grupos de idosos – os idosos jovens, com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos; os idosos velhos, com 75 a 84 anos e os idosos mais velhos, com idades superiores a 85 anos.

Num estudo levado a cabo por Ferreira, Maciel, Silva, Sá e Moreira (2010) entrevistaram-se no Brasil 100 idosos funcionalmente independentes com idades

compreendidas entre os 60 e os 93 anos. Os autores concluíram que algumas das palavras que os idosos associavam à palavra "idoso" eram "doente", "depressão", "desprezo", "abandonado" e "inútil".

Moody e Sasser (2015) defendem que a sociedade deve considerar seriamente modificar os conceitos e imagens associadas ao idoso. Os autores exemplificam que todos os anos meio milhão de pessoas acima dos 60 anos voltam a estudar; os reformados do trabalho militar têm normalmente cerca de 50 anos e ainda que não é pouco usual indivíduos com 50 ou 60 anos serem pais pela primeira vez. Estes factos contradizem as construções sociais, especialmente os papéis geralmente associados aos idosos.

1.2.1. Envelhecimento biológico

Pankow e Solotoroff (2007) afirmam que é essencial distinguir idade cronológica de idade biológica. Os autores referem que a primeira diz respeito a uma medida, expressa em termos temporais como meses ou anos, desde o dia do nascimento. A idade biológica é, segundo os autores, a posição do indivíduo ao longo da sua vida de acordo com o nível de desenvolvimento e deterioração dos seus órgãos e sistemas vitais. Uma vez que os órgãos e sistemas se desenvolvem e declinam a ritmos diferentes da idade cronológica, estas duas idades podem ser diferentes. Shneider e Irigay (2008) referem que a idade biológica é definida pelas alterações fisiológicas e mentais que ocorrem desde antes do nascimento até à morte.

Moraes et. al. (2010) acrescentam que o envelhecimento biológico é inevitável e irreversível, causando um aumento da vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas. Depende muito da genética e das alterações que ocorrem a nível celular, pois os órgãos e sistemas envelhecem de forma diferenciada. A nível cerebral, os autores defendem que este começa a declinar lenta e progressivamente a partir da segunda década de vida, agravando-se quando se é idoso.

De acordo com Novo e Paz (2012) é inevitável que com o envelhecimento biológico ocorra uma diminuição da capacidade funcional. Esta diminuição pode ter mais ou menos impacto no desempenho das atividades de vida diária (AVD's), comprometendo a sua independência funcional. Moody e Sasser (2015) defendem que o envelhecimento normal não é uma doença, mas denota uma série de mudanças a vários níveis. Essas mudanças

levam a perdas progressivas a nível funcional e a nível das estruturas biológicas, que perdem alguma capacidade de realizar o seu trabalho. Os autores exemplificam esta situação, referindo que as artérias, com a idade avançada, têm tendência a perder a sua elasticidade. Com o tempo, estas alterações podem ter consequências a nível de enfartes e ataques cardíacos. Moody e Sasser (2015) acrescentam ainda que com a idade avançada a altura diminui, o peso aumenta, os cabelos ficam mais finos e a pele mais enrugada. Outra alteração é a perda nas capacidades vitais – ou na capacidade máxima respiratória dos pulmões – bem como uma diminuição da função renal. Morgan e Kunkel (2001) referem que também o sistema imunitário, que é responsável por defender o organismo de ameaças externas, tem tendência a declinar gradualmente, tal como a função cardiovascular. Morgan e Kunkel (2001) salientam ainda que a velocidade a que as mudanças a nível biológico e fisiológico ocorrem está relacionada com escolhas no estilo de vida e cultura. Os autores dão como exemplo a pele enrugada, que é mais evidente nas pessoas que estão muito expostas ao sol e a função cardiovascular está relacionada com dieta, exercício físico e tabagismo.

Jacob Filho (2006) questiona no seu estudo se o sedentarismo em idosos poderá ser por si só uma doença. Esta problemática é, sem dúvida, um fator de risco para o desenvolvimento de patologias mais ou menos graves, e o autor chega mesmo a afirmar que o sedentarismo é de facto uma doença comum entre os idosos. Este é, no entanto, relativamente fácil de tratar através da introdução de atividades físicas na vida do idoso, que ao contrário do sedentarismo funciona como fator de proteção.

1.2.2. Envelhecimento cognitivo

Segundo Whitehouse (2006), o significado da palavra "cognitivo" vem do latim "cognoscere", que significa "junto" e "sabedoria". Santos, Rossetti e Ortega (2006) defendem que há alguns fatores que influenciam o declínio cognitivo, como fatores ambientais, mas que devido ao grande número de variáveis que o podem influenciar não existem estudos com dados conclusivos sobre as condições exatas em que isso acontece. Não obstante, Moody e Sasser (2015) acrescentam que o declínio cognitivo pode ser influenciado por fatores como hábitos e história de vida.

Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha e Neto (2009) referem que o sedentarismo e a falta de estímulos conversacionais e físicos aceleram o processo de envelhecimento cognitivo. Os mesmos autores (2009) alertam que esta situação é frequente em idosos

institucionalizados, que muitas vezes são cuidados de forma mecanizada e com poucos ou inexistentes estímulos cerebrais.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), a cognição pode ser entendida como um conjunto de funções mentais que se utilizam para processar a informação e o conhecimento. Assim, podemos afirmar que a cognição é fundamental para a resolução de problemas, tomadas de decisões, inteligência e para a aprendizagem. Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha e Neto (2009) referem que o envelhecimento do cérebro funciona a um ritmo especial – quanto mais o usamos em atividades intelectuais, mais tempo ele demorará a perder as suas funções. Os autores defendem ainda que para prevenir ou diminuir o ritmo da perda cognitiva em idosos deve-se adotar a prática de exercício físico regular (preferencialmente iniciando antes dos 65 anos), uma dieta equilibrada e o estímulo contínuo cerebral, seja através de interações sociais ou atividades intelectuais.

Moraes et. al. (2010) referem ainda que o termo "cognição" diz respeito ao funcionamento intelectual humano, incluindo áreas como a percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento. Morgan e Kunkel (2001) salientam que a idade avançada, caso não exista uma patologia associada, causa apenas um declínio mínimo até aos 85 anos – a partir dessa altura, cerca de 25% dos idosos começam a demonstrar alguma fragilidade mesmo na ausência de doença.

Segundo Moraes et. al. (2010), as áreas que sofrem declínio com a idade avançada são a memória de trabalho (informações aprendidas), velocidade de pensamento e habilidades visuais e espaciais. Moody e Sasser (2015) parecem concordar, referindo que capacidades cognitivas como lembrar-se de certas questões, capacidade de resolver problemas complexos e prestar atenção são afetadas com o avançar da idade. As que se mantêm inalteradas são a inteligência verbal, a atenção básica, habilidade de cálculo e a maioria das habilidades da linguagem. Importa ainda referir que por norma estas alterações não interferem na execução das tarefas do dia-a-dia nem na participação social.

1.3. Qualidade de vida

O verdadeiro sentido da expressão "qualidade de vida" foi empregue pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964, referindo que "os objetivos não podem ser medidos pelo saldo da conta bancária. Só podem ser

medidos pela qualidade de vida que as pessoas têm" (Ribeiro, 2005, citado por Silva, 2009).

Atualmente o conceito de qualidade de vida é definido de diversas formas e por diversos autores. Birren, Lubben, Rowe e Deutchman (1991) referem que qualidade de vida é, acima de tudo, multidimensional. No entanto, cada pessoa tem critérios internos e avaliações da sua vida que podem não estar de acordo com as definições encontradas. Assim, para definir qualidade de vida é necessário ter em consideração elementos objetivos e subjetivos. Elementos objetivos incluem, de acordo com Birren et. al. (1991), recursos financeiros, estado de saúde, capacidade funcional, rede social, entre outros. Por outro lado, fatores como a felicidade, satisfação com a vida e autoestima são muito difíceis de definir ou avaliar.

O termo "qualidade de vida" é, como afirma Ribeiro (1994, citado por Coimbra e Brito, 1999), utilizado diariamente pela população em geral. Ribeiro (1994) constata que as investigações sobre qualidade de vida tiveram início na década de 60, altura em que se começam a expressar preocupações científicas neste campo.

Segundo Fernandez-Ballesteros e Anton (1997), qualidade de vida é um conceito cada vez mais utilizado e investigado. Os autores recordam que, segundo a definição da OMS, a saúde não se trata só da vertente física mas sim de o bem-estar psicológico e social, tornando-se necessário criar estratégias que nos façam não só viver mais, mas viver melhor. No entanto, os mesmos autores (1997) recordam que a definição de qualidade de vida está sempre dependente do contexto de referência do indivíduo, sendo difícil estabelecer uma definição operativa. Não se pode, por exemplo, utilizar os mesmos parâmetros de avaliação para um adulto saudável e um indivíduo que sofre de cancro terminal.

A Organização Mundial de Saúde (1997) caracteriza a qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida e no contexto dos sistemas da cultura e valores em que está inserido. Além disso, os seus objetivos, expetativas, padrões de vida e preocupações também têm uma grande influência nessa percepção. A mesma fonte (1997) revela que o conceito de qualidade de vida é bastante amplo, tendo grande influência na sua percepção a saúde física do indivíduo. O estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as características do ambiente

são também fatores que influenciam em grande escala a percepção da qualidade de vida das pessoas.

No estudo levado a cabo por Fernandez-Ballesteros e Anton em 1992, onde se entrevistaram 205 idosos com o objetivo de comparar o seu conceito de qualidade de vida com o conceito teórico, os autores constataram que os inquiridos consideram que ter qualidade de vida é, em primeiro lugar, encontrar-se bem de saúde, seguido de conseguir ser autónomo. Assim, verifica-se que o conceito popular vai ao encontro do conceito teórico de qualidade de vida (Fernandez-Ballesteros & Anton, 1997).

Segundo a WHOQOL Group (1998), inicialmente o conceito geral de qualidade de vida era considerado um complemento útil ao conceito de saúde e estado funcional. A OMS (1997) refere que a maioria das avaliações em medicina é feita através de profissionais de saúde e testes laboratoriais. O instrumento desenvolvido para avaliar a qualidade de vida – WHOQOL-Bref ou 100 – permite-nos obter uma nova perspetiva sobre a doença, fornecendo-nos dados importantes sobre o bem-estar subjetivo de cada um. No entanto, Fleck e Chachamovich (2003, citado por Silva, 2009) salientam que existem especificidades diversas consoante a faixa etária, no que diz respeito à avaliação da qualidade de vida.

Como já foi referido anteriormente, não é fácil definir qualidade de vida, por ser um tema com um lado tão subjetivo. Minayo, Hartz e Buss (2000) referem que qualidade de vida é uma construção social e uma noção "eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial" (p.8).

A qualidade de vida está também bastante ligada à saúde dos indivíduos, conforme já foi mencionado. Daatland (2005) refere que o domínio da saúde é o que apresenta maior correlação com o resultado total de qualidade de vida, sendo, no entanto, essenciais outros domínios na vida dos indivíduos, como o trabalho, a família, a situação económica, entre outros.

O conceito de qualidade de vida tem uma estrutura multidimensional. Certos modelos indicam que a ideia de bem-estar está diretamente ligada à satisfação das necessidades básicas do ser humano. No entanto, para operacionalizar o conceito de qualidade de vida chegou-se à conclusão que as dimensões cognitivas e emocionais também devem ser

estudadas (Daatland, 2005). Também Mollenkopf e Walker (2007) defendem que apesar da qualidade de vida ser influenciada por diversos fatores, a saúde é com certeza o elemento que está sempre presente nas definições.

Del Pino (2003, citado por Silva, 2009) refere que a qualidade de vida é mais elevada nos homens, talvez por a mulher ter uma percepção mais negativa do envelhecimento.

Na mesma linha de pensamento, alguns estudos realizados na região do Algarve (Ribeiro, 2011; Mesquita, 2013; Marrachinho, 2014) demonstram que a variável sexo tem influência na qualidade de vida dos idosos. Os estudos mencionados revelam que os homens têm uma maior qualidade de vida que as mulheres. Por outro lado, outras investigações nesta mesma região (Mesquita, 2013; Cary, 2016) não encontraram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito a esta variável, o que reforça a ideia de que é necessário realizar mais estudos direcionados a esta temática.

1.4. Institucionalização

Com o aumento da esperança média de vida tem-se verificado um exponencial aumento da população idosa. Este envelhecimento da população tem consequências sociais, económicas e políticas, como nunca antes visto (Coimbra & Brito, 1999). Os mesmos autores alertam para a reduzida existência de estruturas de apoio a idosos, o que tem implicações graves para a sociedade.

Conforme Pereira (2012) refere, o apoio a pessoas idosas está dividido em duas formas: a família e a institucionalização. Fernandes (2013) salienta que, segundo os dados conhecidos dos últimos anos, no total da população idosa apenas 3 a 5% reside numa ERPI.

Jacob (2012) considera como institucionalizado o idoso que está entregue aos cuidados de uma instituição, total ou parcialmente, e não aos cuidados da família.

No entanto, a institucionalização é, hoje em dia, um processo comum. As famílias estão cada vez mais sobrecarregadas e vêm-se impossibilitadas de prestar a assistência adequada à pessoa idosa, sendo necessário procurar respostas externas como a

institucionalização, seja em Centro de Dia ou em ERPI, havendo também grande procura por serviços de apoio domiciliário.

Vara (2012) refere que em Portugal e em muitos outros países as necessidades de institucionalização dos idosos não estão totalmente satisfeitas, uma vez que não há muita oferta de serviços. O mesmo autor destaca ainda a importância de se desenvolverem respostas sociais que não passem necessariamente pela institucionalização, uma vez que esta envolve custos extremamente elevados.

Pereira (2012) ressalva que a institucionalização requer um intenso espaço e tempo para ressocializar. É necessário considerar uma série de fatores aquando da institucionalização, de forma a não colocar em risco a qualidade de vida do idoso. Os hábitos, a cultura, a história de vida, o conforto e a dignidade plena são particularidades que não podem ser negligenciadas quando o idoso está no processo de ser institucionalizado. Born (2002) parece estar de acordo com esta ideia, referindo que um dos grandes desafios das instituições é tornar-se um lugar onde a vida e a dignidade dos idosos são prioridade. O mesmo autor (2002) salienta a importância de conhecer as vivências de cada idoso, bem como quais as suas crenças e motivações, e não apenas satisfazer as suas necessidades básicas de vida na instituição.

Fernandes (2013) refere que as instituições que prestam apoio social e/ou cuidados de saúde aos idosos têm uma conotação negativa associada na comunidade em geral. Esta está muitas vezes associada à degradação do estado de saúde do idoso ou a afastamentos da família. No entanto estes fatores são, segundo o autor, as principais causas que levam à procura destes serviços. De acordo com Vara (2012), apesar de as respostas sociais mais comuns – ERPI, centro de dia e serviço de apoio domiciliário – terem demonstrado alguma evolução na qualidade dos serviços prestados nos últimos tempos, a grande maioria das vezes estas respostas sociais não conseguem prestar o apoio necessário e individualizado aos idosos, de forma a colmatar todas as suas necessidades, devido à falta de recursos humanos qualificados e de recursos económicos.

1.4.1. Centro de dia

Bonfim e Saraiva (1996) referem que centro de dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que visa a manutenção da pessoa idosa no seu meio sociofamiliar. Os seus objetivos assentam na prestação de serviços que satisfaçam as

necessidades básicas, no fornecimento de apoio psicossocial e na promoção das relações interpessoais, evitando o isolamento.

Durante muito tempo os serviços sociais tinham uma oferta limitada nos serviços oferecidos, passando apenas pelo apoio domiciliário ou internamento total em ERPI's. Apesar do apoio domiciliário satisfazer algumas necessidades a alguns níveis de dependência, a institucionalização total pode provocar situações de maior dependência (Arrazola, Méndez & Lezaun, 2003). Assim, surge o que os autores chamam de "recurso intermédio" – os centros de dia.

Por norma, os centros de dia oferecem diversos serviços e vantagens – para além do idoso estar acompanhado durante o dia, tem garantido várias refeições (pequeno-almoço, almoço, lanche e, em alguns casos, jantar), para além do tratamento de roupa e higiene pessoal. O centro de dia pode oferecer ainda atividades socioculturais, como festas, passeios, exercício físico, aulas de informática, entre outros. Alguns têm ainda acesso a um profissional de enfermagem que administra a medicação adequadamente, a serviço de acompanhamento ao exterior (como consultas médicas, por exemplo) e a cuidados de imagem.

Arrazola et. al. (2003) referem que os centros de dia oferecem atenção sobre vários aspetos sociais da vida do idoso, bem como à sua saúde física e mental. Oferecem ainda diversas formas de socialização, participação e ocupação, reabilitando e/ou mantendo o nível de autonomia do idoso. Os centros de dia objetivam ainda a prevenção do internamento total numa ERPI.

De acordo com Jacob (2012), os centros de dia surgiram a título experimental por volta dos anos 70, objetivando a manutenção dos idosos no seu domicílio o maior tempo possível. O autor acrescenta ainda que esta resposta social estimula as relações interpessoais, evitando o isolamento.

Os Centros de Dia são uma das respostas sociais mais eficazes no combate ao isolamento. Sendo esta uma problemática cada vez mais evidente, torna-se essencial direccionar estudos para esta valência. Mantendo o idoso no seu lar, este passa a maioria do dia na companhia de outras pessoas, possibilitado de participar em diversas atividades socioculturais.

1.4.2. Serviço de apoio domiciliário

Bonfim e Veiga (1996) definem Serviço de Apoio Domiciliário como

"uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias, quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária" (p.7)

Rodríguez e Sanchez (1998) acrescentam que Serviço de Apoio Domiciliário deve ser um programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, em que se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissionais que consistem na atenção pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar, prestados no domicílio da pessoa dependente em algum nível. Os mesmos autores referem que o caráter preventivo e reabilitador refere-se, por um lado, à prevenção de situações de carência que aumentem o risco de perda de independência, criando hábitos saudáveis de higiene, alimentação e prevenir quedas e acidentes. Por outro lado pretende reabilitar e desenvolver atividades básicas da vida diária, como vestir, andar, comer, etc.

Kawasaki e Diogo (2001) afirmam que o cuidado domiciliário ao idoso tem uma forte tendência para expansão no futuro. Atualmente as instituições de apoio à terceira idade tentam integrar uma resposta social que permita aos idosos terem algum tipo de assistência sem a necessidade de institucionaliza-los. Uma vez que o país parece não ter capacidade de resposta para este envelhecimento da população, é cada vez mais solicitado algum tipo de assistência domiciliária (Casado, 1998). Esta é uma forma de retardar a institucionalização, uma vez que a grande maioria dos idosos quer ficar em sua casa o mais tempo possível. Por isso, e como Kawasaki e Diogo (2001) sublinham, esta é uma área em franca expansão que merece ser explorada, pois ainda existem várias lacunas na literatura acerca deste tema.

Vara (2012) ressalva que o idoso deve ser mantido em sua casa o maior tempo possível, não só pelos custos serem mais baixos, mas também para manter o idoso ativo e integrado na sociedade.

Pereira (2012) refere que o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social aponta que nos últimos 10 anos o Serviço de Apoio Domiciliário tem apresentado a maior taxa de crescimento das respostas sociais (82,8%), seguida dos Centros de Dia, com 42,5%.

Estes dados mostram-nos que este é de facto um dos caminhos a seguir, evitando e/ou retardando a institucionalização em Estruturas Residenciais para Idosos.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

2.1. Questão de investigação

Atualmente vivemos numa sociedade em que cada vez mais a institucionalização do idoso é uma realidade. Ao contrário do que acontecia há alguns anos, as mulheres, que sempre foram as naturais cuidadoras, estão inseridas no mercado de trabalho a tempo inteiro, o que dificulta a tarefa de cuidar dos idosos. Desta forma, a institucionalização é muitas vezes a única solução encontrada. No entanto, quando o idoso tem condições para permanecer no seu lar existem outras opções, como é o caso do Serviço de Apoio Domiciliário prestado por diversas instituições.

Tendo em conta esta problemática, a questão de investigação do presente estudo é a seguinte: a qualidade de vida difere entre idosos institucionalizados em Centro de Dia e idosos que beneficiam do Serviço de Apoio Domiciliário?

Gil (1999) reforça que, do ponto de vista científico, um problema de investigação é uma questão não resolvida e que é objeto de discussão, seja qual for o domínio do conhecimento.

Para Fortin (2006), a investigação parte sempre de uma questão. A autora alerta que uma questão mal formulada pode fazer com que a investigação não se desenvolva ou não tenha resultados, devendo ser sempre "uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe" (p.72-73).

2.2. Objetivos do estudo

Perante a questão de investigação traçada, e ciente da importância de delinear objetivos num processo de investigação, define-se como objetivo geral:

- ✓ Avaliar e comparar a qualidade de vida entre idosos institucionalizados em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário.

A partir deste objetivo geral, surgem os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar os idosos institucionalizados em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário;
- ✓ Identificar e descrever as relações das variáveis socioeconómicas e contextuais com a perceção da qualidade de vida.

É importante referir que estão definidos como idosos institucionalizados aqueles que frequentam o Centro de Dia ou que estão integrados no Serviço de Apoio Domiciliário.

2.3. Tipo de estudo

Para esta investigação optou-se por realizar um estudo de caso exploratório, descritivo, transversal e comparativo.

A metodologia utilizada é a quantitativa e, para Fortin (2006), uma metodologia quantitativa assenta num paradigma positivista. Este paradigma está virado para resultados e para a generalização, pressupondo que todos os fenómenos podem ser medidos.

Um estudo de caso, de acordo com Gil (1999), é caracterizado pelo estudo "profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado" (p. 73). Este estudo pode ser utilizado em pesquisas exploratórias, descritivas ou explicativas. Apesar de uma das suas limitações ser a dificuldade de generalizar resultados, nesta investigação pareceu-nos ser o estudo mais adequado de acordo com os objetivos a atingir. No seguimento desta ideia, Yin (2009) afirma que, embora o método de estudo de caso não permita ao investigador generalizar cientificamente os dados encontrados para a população, permite "expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística)" (p.36). Para o mesmo autor (2009), o estudo de caso emerge da necessidade de entender fenómenos sociais complexos, permitindo que os investigadores retenham as características significativas dos eventos reais como um todo. Yin (2009) define estudo de caso como uma investigação que estuda um fenómeno contemporâneo em profundidade no seu contexto real. O autor acrescenta ainda que este método é utilizado quando os limites entre esse fenómeno e o contexto não são suficientemente claros.

Segundo Gil (1999), estudos de carácter exploratório têm como objetivo desenvolver, esclarecer e alterar conceitos e ideias, visando a formulação de problemas ou hipóteses de investigação. O autor refere ainda que por norma este tipo de estudo requer leituras bibliográficas e documentais. Tanto o estudo descritivo como o exploratório são utilizados habitualmente por investigadores que procuram uma atuação mais prática, e como tal é o tipo de estudo que nos parece mais adequado para a presente investigação.

A escolha de realizar um estudo descritivo prende-se com o facto de o seu objetivo ser, de acordo com Gil (1999) a "descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis" (p.44), tipo de estudo que se enquadra no objetivo do nosso.

Esta investigação terá ainda um carácter transversal, uma vez que serão recolhidos dados num determinado momento da vida dos inquiridos que, em função de um determinado número de variáveis, serão comparados através de testes estatísticos adequados (Vandenplas-Holper, 2000).

Optou-se ainda por realizar um estudo comparativo pois, como Gil (1999) refere, este visa evidenciar as diferenças e similaridades entre indivíduos, classes, fenómenos ou factos, uma vez que esta investigação assenta também sob a necessidade de compreender qual dos grupos revela maior qualidade de vida – idosos em centro de dia ou em serviço de apoio domiciliário.

Nesta investigação assume-se como institucionalizado o idoso que está integrado em Centro de Dia ou que beneficia de Serviço de Apoio Domiciliário.

2.4. População e amostra

Quivy e Campenhoudt (1995) salientam que para estudar uma determinada entidade ou problemática, é necessário na maior parte das vezes interrogar as pessoas que dela fazem parte. A este conjunto de pessoas chama-se população. Depois de delimitada uma população, é necessário proceder à escolha da amostra, pois nem sempre é possível interrogar todas as pessoas que fazem parte da população alvo de estudo (Hill e Hill, 2002)

Assim, nem todas as pessoas poderão fazer parte da população do presente estudo, delineando-se alguns critérios de inclusão. A presente amostra obedece às seguintes características:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- ✓ Ter nacionalidade portuguesa;
- ✓ Ser reformado;

- ✓ Estar institucionalizado em Centro de Dia ou em Serviço de Apoio Domiciliário no Centro Social de Santo Estêvão;
- ✓ Não estar totalmente dependente nas suas AVDs;
- ✓ Ter capacidade cognitiva adequada de forma a responder às questões inerentes ao estudo;
- ✓ Concordar em participar no estudo (consentimento informado).

A nossa população é de 66 pessoas e tentámos obter a maior amostra possível.

2.5. Variáveis em estudo

De acordo com Gil (1999), são vários os instrumentos de avaliação ou escalas sociais existentes. No entanto, de um modo geral, os instrumentos de avaliação consistem em solicitar ao inquirido que assinale, dentro de um grupo de itens, aqueles que melhor correspondem à sua perceção do facto a ser estudado.

No caso desta investigação, utilizámos dois instrumentos de recolha de dados – um formulário sociodemográfico e contextual e a escala de qualidade de vida da WHOQOL na versão abreviada (WHOQOL-Bref), os quais apresentaremos mais detalhadamente.

Primeiramente elaborou-se um formulário sociodemográfico e contextual (Apêndice I) onde constam as variáveis independentes, de forma a responder às hipóteses formuladas. Estas variáveis correspondem à resposta social, à idade, ao género, ao estado civil, à escolaridade, à profissão, a com quem vive, aos rendimentos, à gestão dos rendimentos, aos antecedentes médicos, ao motivo da institucionalização, à ideia da institucionalização, à participação em atividades socioculturais e quais as que participa e, finalmente, aos serviços que usufrui no SAD.

Como variável dependente deste estudo temos a qualidade de vida, avaliada através do questionário WHOQOL-Bref (Anexo I)

2.5.1. Formulário sociodemográfico e contextual

Para estudar as variáveis independentes e tendo em conta as características da investigação e as variáveis a estudar, elaborámos um formulário sociodemográfico e contextual (Apêndice I) com o intuito de recolher informações relacionadas com os idosos institucionalizados em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário.

Optámos por um formulário pois, de acordo com Gil (1999), se aplicarmos um questionário o investigador não pode auxiliar o inquirido caso surjam questões. Além disso, por não ser um critério de inclusão saber ler/escrever, fez-nos mais sentido aplicar as questões em formato de formulário para que o investigador pudesse auxiliar em qualquer um dos casos.

Este formulário continha 15 questões e apresentavam-se de forma aberta e fechada. Todos os questionários foram aplicados pela investigadora de forma a facilitar o seu preenchimento, tendo sido previamente explicados aos idosos.

2.5.2. Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref

A variável dependente considerada para este estudo é a qualidade de vida, avaliada através do questionário utilizado WHOQOL-Bref (Anexo I). De acordo com Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes e Corona (2007), a escala WHOQOL, seja na versão longa ou breve (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref, respetivamente), pretende avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos. Os mesmos autores referem que estes instrumentos podem ser auto preenchidos ou através de entrevistas, não requerendo um nível mínimo de escolaridade, apenas capacidade para compreender as questões colocadas.

O WHOQOL-100 foi o original no que diz respeito a instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Composto por 6 domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade), este instrumento está dividido em 24 facetas, cada uma dividida em 4 questões (Fleck, 2000).

A WHOQOL Group (1998) revela no seu estudo que para criar uma forma de medir a qualidade de vida que fosse confiável e válida, foi necessário ter em conta um vasto espectro de domínios independentes que cobrissem todos os aspetos importantes da qualidade de vida. Para a elaboração do WHOQOL que hoje é conhecido, os investigadores também como objetivo desenvolver uma avaliação que pudesse ser aplicada em várias culturas e não apenas numa só língua passível de ser traduzida.

Para testar uma versão inicial do WHOQOL, os investigadores selecionaram como amostra 15 centros multiculturais por todo o mundo, 300 pessoas adultas com idades previamente definidas e determinados estados de saúde e que fossem

representantes do sistema de saúde de cada região. O teste piloto continha 236 questões, 6 domínios e 29 facetas.

Durante a sua aplicação, os centros de pesquisa multiculturais tinham autorização para incluir mais 2 questões por faceta caso alguma questão não fosse adequada a determinada cultura. Foi também essencial compreender quais as questões que as pessoas inquiridas julgavam mais importantes (WHOQOL Group, 1998).

Relativamente aos resultados encontrados pela equipa de investigadores, existiram alguns valores omissos – algumas facetas pareciam não se aplicar a determinados adultos respondentes, como o sexo, trabalho ou drogas. Para examinar os traços gerais dos dados e diferenças entre centros de investigação, foram estabelecidos 3 níveis de análise de dados – os centros, os resumos de todos os centros e os dados globais obtidos. Após várias análises, as questões com problemas de fiabilidade foram eliminadas e chegou-se à conclusão que é possível desenvolver o WHOQOL para várias culturas, uma vez que apresentava propriedades psicométricas para os 15 centros de investigação. No entanto, os autores salientam que apesar dos itens finais serem essenciais à avaliação da qualidade de vida, podem existir outros aspetos não presentes na escala que possam fazer sentido noutros estudos ou contextos (WHOQOL Group, 1998)

O WHOQOL-Bref surgiu devido à necessidade de aplicar um instrumento mais curto para avaliar a qualidade de vida, mantendo sempre as características do instrumento original (Fleck, 2000). Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Corona e Paredes (2006) corroboram esta ideia, referindo que o Grupo da Qualidade de Vida da OMS sentiu necessidade de dispor de um instrumento de avaliação da qualidade de vida de aplicação e preenchimento mais fáceis. Assim, surge o WHOQOL-Bref, que como o nome indica é uma versão breve do WHOQOL-100.

Esta versão é composta por 26 questões e está dividida em 4 grandes domínios. O domínio físico é composto por 7 itens, divididos entre as questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18. Já o domínio psicológico é constituído por 6 itens, abarcando as questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26. Relativamente ao domínio das relações sociais podemos encontrar 3 itens, fazendo parte as questões 20, 21 e 22. No domínio ambiente fazem parte 8 itens, sendo que as suas questões são a 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 (Serra *et. al.*, 2006). Para além destes domínios, a escala inclui uma faceta geral da qualidade de vida, englobando 2 itens (questões 1 e 2). Importa ainda referir que existem 3 questões que são de leitura invertida,

sendo elas a 3, 4 e 26. Conforme indicação dos autores da escala, os resultados foram transformados numa escala de 0 a 100, permitindo assim a comparação entre os domínios. Os resultados transformados são rigorosamente os mesmos que na escala de 1 a 5.

Com uma estrutura multidimensional e uma preocupação em avaliar os aspetos subjetivos do indivíduo, o instrumento WHOQOL é um dos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida (Canavarro *et. al.*, 2007). Os mesmos autores referem que a cotação deste instrumento pode ser feita manualmente ou recorrendo ao programa SPSS, como foi o caso nesta investigação.

Relativamente à interpretação dos resultados, Canavarro *et. al.*, (2007) assumem que os resultados com valores mais elevados equivalem a uma melhor qualidade de vida. A interpretação dos resultados do instrumento deve ser feita (conforme consta no tabela n.º 3.44) e não através de um score total.

Por fim, os investigadores referem que a maior limitação deste estudo é o facto de ser transversal, pois estudos longitudinais são essenciais para testar a fiabilidade da escala a longo prazo.

Como Fleck (2000) afirma, a WHOQOL-100 pode tornar-se demasiado extensa para determinados estudos. Assim, nesta investigação utilizou-se a escala WHOQOL-Bref, na versão validada em 2005 para português europeu, uma vez que a versão pré-existente era em português do Brasil e existiam demasiadas variações linguísticas e culturais (Simões *et. al.*, 2007).

Uma vez que a primeira parte deste questionário aborda as variáveis dependentes estudadas no formulário sociodemográfico, optou-se por preencher apenas as questões relacionadas com a variável dependente em estudo.

2.5. Hipóteses

À semelhança da questão de investigação, as hipóteses têm em conta as variáveis a estudar e a população alvo. Quivy e Campenhoudt (1995) referem que um trabalho só pode ser considerado uma verdadeira investigação quando é estruturado de acordo com uma ou várias hipóteses, sem que isso impeça que o investigador se torne limitado. Esta deve apresentar-se como uma antecipação de uma ponte entre um fenómeno e uma forma capaz de o explicar. A formulação de hipóteses guia o investigador e fornece ao estudo

um fio condutor, substituindo nesta fase a questão de investigação anteriormente delineada.

Gil (1999) reforça que, depois de delimitado o problema de investigação, é essencial construir as hipóteses. O autor refere ainda que o papel fundamental das hipóteses é o de sugerir explicações para determinados factos, podendo ser a solução para o problema delimitado inicialmente. Podem ser verdadeiras ou falsas mas devem conduzir sempre à verificação empírica, desde que estejam bem formuladas.

Fortin (2006) acrescenta ainda que a hipótese é um "enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica" (p. 165). A mesma autora alerta que as hipóteses são claras quando formuladas no presente e na forma afirmativa, colocando as variáveis em estudo em evidência.

A presente investigação terá como hipóteses (H):

H₁ – Há diferenças entre a percepção da qualidade de vida e a resposta social.

H₂ – Há diferenças entre a percepção da qualidade de vida e o género.

H₃ – Há diferenças entre a percepção da qualidade de vida e o estado civil.

H₄ – Há diferenças entre a percepção da qualidade de vida e a gestão de rendimentos.

H₅ – Há associação entre a percepção da qualidade de vida e a idade.

2.6. Procedimentos

Para que a investigação decorra da melhor forma, existem alguns procedimentos éticos, legais e de colheita de dados que devem ser cumpridos.

2.6.1. Procedimentos éticos e legais

Antes de qualquer início de colheita de dados, procedeu-se ao pedido de autorização para a realização de um estudo na instituição escolhida (Apêndice IV), onde se juntou ao pedido o projeto da investigação. Concomitantemente procedeu-se ao pedido de autorização para a utilização do questionário WHOQOL-Bref (Apêndice II), obtendo uma resposta rápida e favorável (Apêndice III). Depois de devidamente autorizado pelo presidente de direção (Apêndice V), realizou-se uma reunião com o presidente da instituição e a directora técnica, a fim de discutir o período de tempo em que se aplicariam os questionários e para apresentação dos mesmos.

Relativamente aos idosos da instituição, foi-lhes apresentado individualmente os objetivos do estudo, bem como assegurado a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. Após demonstrado interesse dos idosos em participar no estudo e verificação dos critérios de inclusão, foi-lhes facultado em formato de papel o consentimento informado (Apêndice VI), tendo sido compreendido e assinado. Fortin (2006) considera que o consentimento informado é considerado livre e voluntário quando o indivíduo que assina o documento está totalmente esclarecido sobre os objetivos e finalidades do estudo, devendo a pessoa ter todas as suas faculdades mentais e não ter sido sujeita a nenhum tipo de manipulação.

Para reforçar a segurança do utente inquirido na investigação, lê-se no cabeçalho do formulário sociodemográfico e contextual o nome da investigadora e área de investigação, garantindo que todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais.

Importa referir que todas as informações recolhidas na instituição e com o utente se destinaram unicamente para efeitos da presente investigação.

2.6.2. Procedimentos de colheita de dados

Depois de todas as autorizações necessárias concedidas e realizada a reunião com o presidente e directora técnica da instituição, deu-se início à colheita de dados junto dos idosos.

A recolha teve início no princípio de Abril de 2015, terminando em meados de Junho de 2016, tendo uma duração média de 2 meses. O período escolhido para a aplicação dos questionários em Centro de Dia foi o da tarde, uma vez que de manhã há uma maior agitação na instituição devido à chegada dos idosos e à higiene que é realizada neste período. Aos idosos de Serviço de Apoio Domiciliário realizaram-se as visitas ao seu domicílio tanto no período da manhã como no período da tarde, sendo os idosos avisados pelas funcionárias da instituição a hora da visita da investigadora.

Todos os questionários foram administrados pela autora do trabalho, de forma a facilitar a compreensão e preenchimento dos dados. Assim, a investigadora leu as perguntas e assinalou as respostas obtidas pelo inquirido. Tendo em conta que alguns idosos não sabiam ler e outros apresentavam alguns défices a nível visual e motor, esta pareceu ser a opção mais viável para o sucesso da recolha de dados. Por esta razão, o

instrumento aplicado para recolha das variáveis independentes foi realizado em formato de formulário, para que a investigadora pudesse auxiliar o inquirido sempre que necessário.

Por último, procedeu-se à introdução dos dados recolhidos no programa *SPSS* (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 23 para realizar a sua análise.

A maior dificuldade na recolha de dados desta investigação foi relativa aos idosos integrados em Serviço de Apoio Domiciliário, por estarem no seu domicílio e o acesso aos mesmos ser mais condicionado que aos idosos em Centro de Dia. Devido a algumas falhas de comunicação e muitas vezes a impossibilidade de avisar aquando a visita da investigadora, os idosos por vezes não estavam em casa, sendo necessário a autora deslocar-se várias vezes ao mesmo domicílio. Além disso, sendo um meio rural, as casas dos idosos são muito dispersas e isoladas, tornando-se muitas vezes de difícil acesso e sendo necessário despende de um maior período de tempo para a aplicação dos questionários.

Por outro lado, uma vez que a investigadora realizou um estágio nesta instituição e já conhecia os idosos e os seus domicílios, as visitas foram facilitadas no sentido em que não foi necessária uma apresentação prévia da investigadora nem o acompanhamento de um técnico ou funcionário durante a aplicação dos questionários.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1. Análise descritiva

Neste capítulo faremos uma breve descrição da instituição onde foram recolhidos os dados para esta investigação, de forma a contextualizar a análise dos resultados que será feita de seguida.

A apresentação dos resultados será feita mediante a apresentação de tabelas e/ou gráficos devidamente diferenciadas pelos títulos. Todos os dados serão analisados previamente à sua demonstração gráfica e/ou tabelar, contendo dados relativos à Média, Moda, Desvio Padrão (D.p.), e ainda Frequências Absolutas (N.º) e Relativas (%).

Para a obtenção destes dados utilizou-se o *software* de análise e estatística *SPSS*, conforme referido anteriormente.

3.1.1. Caracterização da instituição

A presente investigação realizou-se com base nos dados obtidos no Centro Social de Santo Estêvão. O Centro Social localiza-se numa localidade denominada Santo Estêvão, situada a cerca de 10 quilómetros de Tavira, com aproximadamente 1200 habitantes (Câmara Municipal de Tavira, s.d.).

Esta instituição tem 18 funcionários no total, entre eles a diretora técnica, a administrativa, a encarregada, o motorista e as auxiliares de ação direta. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social com duas respostas sociais – Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário. A primeira resposta social tem 30 vagas, estando atualmente com a capacidade máxima preenchida, funcionando de segunda a sábado, com dois horários distintos – de 15 de Setembro a 15 de maio, funciona das 08:00 às 19:00; de 16 de maio a 14 de Setembro, das 08:00 às 20:00. Em Serviço de Apoio Domiciliário o Centro Social tem 40 vagas, estando atualmente com 36 idosos, com o mesmo horário de funcionamento do Centro de Dia, com apenas uma exceção – funciona todos os dias da semana.

Relativamente às instalações, o Centro de Dia tem 1 cozinha, 1 refeitório, 1 escritório, 4 casas de banho adaptadas, 1 sala de estar, 1 varanda, 1 lavandaria, 2 quartos com 4 camas adaptadas e 1 gabinete médico. O Centro Social conta ainda com 2 carrinhas de 9 lugares, 2 carros de 3 lugares e 1 carro de 5.

Estas respostas sociais oferecem diversos serviços, sendo que o seu custo mensal varia de acordo com os rendimentos e despesas dos idosos. Se o idoso estiver integrado em Centro de Dia, usufrui de serviços de higiene diária, cuidados pessoais, alimentação

completa (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar) e serviços de animação sociocultural. Caso esteja integrado em SAD, o idoso poderá escolher entre os seguintes serviços: almoço, jantar, higiene pessoal, higiene habitacional, lavagem e tratamento de roupa e animação sociocultural. Importa referir que é obrigatório ter no mínimo 2 serviços contratualizados.

Os familiares e amigos dos idosos integrados em Centro de Dia podem visitá-los todos os dias da parte da tarde, embora a instituição seja bastante flexível com este horário. O facto de a instituição ter horários de visita bastante alargados e flexíveis é essencial, pois desta forma a instituição estimula e contribui para a proximidade dos seus idosos com o seu suporte social. Quando a instituição realiza festas comemorativas ou quando algum utente de Centro de Dia celebra o seu aniversário, é comum os familiares e amigos festejarem com os mesmos nas instalações do Centro Social, recebendo sempre um convite da instituição.

3.1.2. Caracterização da amostra

A amostra para este estudo é de 41 pessoas (62%), numa população de 66 (100%), tendo obtido uma quebra de 38%.

Resposta Social

No que diz respeito à variável resposta social, como podemos verificar na tabela n.º 3.2, a maioria dos inquiridos está integrado em Centro de Dia. Dos 41 idosos entrevistados, 23 encontram-se nesta resposta social e 18 em Serviço de Apoio Domiciliário. A moda é Centro de Dia.

Tabela n.º 3.2 – Distribuição dos idosos por resposta social

Resposta Social	N.º	%
Centro de Dia	23	56,1
Serviço de Apoio Domiciliário	18	43,9
TOTAL	41	100,0

Idade

Verificamos através da análise da tabela nº 3.3 que a média de idades dos idosos desta instituição situa-se nos 82,76 anos, sendo a moda de 86.

O idoso mais novo da instituição tem 66 anos e o mais velho 94, conforme se pode verificar em baixo.

Tabela n.º 3.3 – Estatísticas descritivas idade

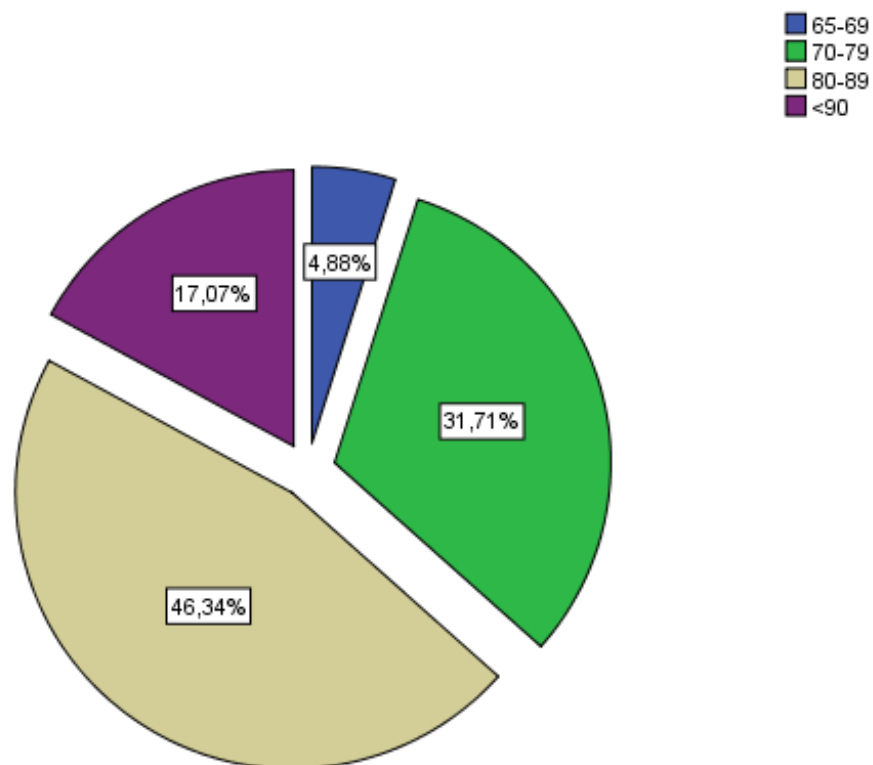
Variável	Média	Moda	D.p.	Min.	Máx.
Idade	82,76	86	6,996	66	94

Tabela n.º 3.4 – Distribuição dos idosos por classes etárias

Idade por classes	N.º	%
65-69	2	4,9
70-79	13	31,7
80-89	19	46,3
>90	7	17,1
TOTAL	41	100,0

Conforme se pode analisar pelo gráfico 3.4, a maioria dos idosos situa-se entre os 80 e os 89 anos, com uma percentagem de 46,34%. Apenas 4,88% dos idosos inquiridos têm idades situadas entre os 65 e os 69 anos, mas, em contrapartida, 17,07% dos inquiridos situam-se na faixa etária dos "grandes idosos" (> 90 anos).

Gráfico n.º 3.3 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por classes etárias



Género

No que diz respeito ao género, deparamo-nos com um cenário mais ou menos equilibrado – verificamos, através da análise da tabela nº 3.5, que temos 20 inquiridos do género feminino e 21 do género masculino. A moda é "masculino".

Tabela n.º 3.5 – Distribuição dos idosos por género

Género	N.º	%
Feminino	20	48,8
Masculino	21	51,2
TOTAL	41	100,0

Estado civil

Relativamente ao estado civil, analisando os dados da tabela 3.6 apuramos que a maioria dos idosos inquiridos é viúva, com uma percentagem de 56,1%. Em segundo lugar encontramos os idosos casados ou em união de facto, abarcando 29,3% da totalidade dos inquiridos. Em minoria temos os idosos solteiros e divorciados/separados, que representam respetivamente 9,8% e 4,9% da totalidade. A moda é "viúvo".

Tabela n.º 3.6 – Distribuição dos idosos por estado civil

Estado civil	N.º	%
Solteiro/a	4	9,8
Casado/a / União de facto	12	29,3
Divorciado/a / Separado/a	2	4,9
Viúvo/a	23	56,1
TOTAL	41	100,0

Escolaridade

Conforme é visível na tabela n.º 3.7, um pouco mais de metade dos inquiridos revela ter o 1º ciclo de escolaridade, com uma percentagem de 51,2%. Com uma percentagem muito próxima, encontramos os idosos que não sabem ler nem escrever e os que sabem ler e escrever, com respectivamente 22% e 26,8%. Importa referir que neste grupo de idosos não encontramos nenhum com o 2º ou 3º ciclo, ensino secundário ou ensino superior, não constando por isso no gráfico n.º 3.6. A moda é "1º ciclo".

Tabela n.º 3.7 – Distribuição dos idosos por escolaridade

Escolaridade	Nº	%
Não sabe ler nem escrever	9	22,0
Sabe ler e escrever	11	26,8
1º ciclo	21	51,2
2º/3º ciclo	0	0,0
Ensino secundário	0	0,0
Ensino superior	0	0,0
TOTAL	41	100,0

Profissão

No formulário sociodemográfico esta questão apresenta-se sob a forma de questão aberta, de forma a facilitar a resposta do inquirido. No entanto, para facilitar a sua interpretação e análise estatística agrupou-se posteriormente as profissões em grupos da seguinte forma:

- Comerciantes
- Trabalhadores rurais
- Carpinteiros
- Sem profissão

Importa referir que esta categoria diz respeito à última profissão exercida pelos idosos, uma vez que face às idades e critérios de inclusão, estes já não têm uma atividade laboral ativa. Assim, mediante a análise da tabela em baixo (n.º 3.8), verifica-se uma percentagem mais elevada de idosos trabalhadores rurais (39%), o que não surpreende visto que a instituição está inserida num meio rural.

Face a estes resultados verificamos também que os comerciantes e os carpinteiros estão em número aproximado, com 24,4% e 26,8%, respetivamente. Temos, por fim, apenas quatro idosos inseridos na categoria "domésticas", com uma percentagem de 9,8%. A moda é "trabalhadores rurais".

Tabela n.º 3.8 – Distribuição dos idosos por profissão

Profissão	N.º	%
Sem profissão	4	9,8
Trabalhadores rurais	16	39,0
Carpinteiros	11	26,8
Comerciantes	10	24,4
TOTAL	41	100,0

Com quem vive

Através da leitura da tabela n.º 3.9, podemos constatar que 41,5% dos idosos vive sozinho. Encontramos de seguida 29,3% dos inquiridos que vivem com os filhos e 22% com o conjuge. Dos 41 idosos entrevistados, apenas 2 deles vivem com o conjuge e com os filhos. A moda é "sozinho".

Tabela n.º 3.9 – Distribuição dos idosos por agregado familiar

Com quem vive	N.º	%
Sozinho	17	41,5
Com o cônjuge	9	22,0
Com os filhos	12	29,3
Outros	1	2,4
Com o conjuge e os filhos	2	4,9
TOTAL	41	100,0

Rendimentos

A tabela n.º 3.10 ilustra de forma clara a distribuição dos idosos de acordo com os seus rendimentos mensais. Embora uma grande parte dos inquiridos não saiba responder a esta questão (31,7%), dos 41 idosos entrevistados, 13 deles obtêm valores mensais compreendidos entre os 351 e os 500 Euros. 22% dos idosos revela ainda ter rendimentos entre os 201 e os 350 Euros mensais, sendo que as percentagens mais baixas pertencem

aos idosos que recebem mais de 701 Euros (2,4% para cada caso). A moda é "de 531 a 500".

Tabela n.º 3.10 – Distribuição dos idosos por rendimento mensal (em Euros)

Rendimentos	N.º	%
<200	0	0,0
De 201 a 350	9	22,0
De 351 a 500	13	31,7
De 501 a 700	3	7,3
De 701 a 900	1	2,4
>900	1	2,4
Não sabe	13	31,7
Não tem rendimentos	1	2,4
TOTAL	41	100,0

Gestão dos rendimentos

Para diferenciar a forma como os rendimentos dos idosos são geridos, dividimos as opções em 4 categorias. Como é visível na tabela n.º 3.11, a maioria dos idosos faz a sua própria gestão dos rendimentos, com uma percentagem de 43,9%. Com valores bastante aproximados (39%), temos os idosos que não fazem a sua gestão mas não têm limitações de acesso ao dinheiro. Em minoria encontramos 6 idosos que não fazem a gestão dos seus rendimentos e não têm qualquer acesso ao dinheiro, apenas ao que é estritamente necessário. Por fim, apenas 1 idoso revela não ter rendimentos e por isso não se aplica. A moda é "faz a sua gestão".

Tabela n.º 3.11 – Distribuição dos idosos por gestão de rendimentos

Gestão de rendimentos	N.º	%
Faz a sua gestão	18	43,9
Não faz a sua gestão mas não é limitado	16	39,0
Não faz a sua gestão e é limitado	6	14,6
Não faz gestão porque não tem rendimentos	1	2,4
TOTAL	41	100,0

Antecedentes médicos

Considerando a natureza desta variável e as inúmeras opções possíveis, operacionalizou-se a questão da seguinte forma:

- Acidente vascular cerebral
- Enfarte ou angina de peito
- Hipertensão arterial
- Reumatismo
- Alzheimer
- Parkinson
- Depressão
- Diabetes mellitus
- Hipercolesterolemia
- Neoplasias
- Outros

Tendo obtido nesta questão várias respostas por pessoa, para facilitar a posterior interpretação e análise estatística, agrupámos os antecedentes médicos do seguinte modo:

- Doenças do foro cardiovascular (acidente vascular cerebral, enfarte ou angina de peito e hipertensão arterial)
- Doenças do foro mental (Alzheimer, Parkinson e depressão)
- Doenças do foro endócrino/metabólico (diabetes mellitus e hipercolesterolemia)

- Doenças do foro músculo-esquelético (reumatismo)
- Doenças do foro oncológico (neoplasias)

Através da análise da tabela n.º 3.12, verificamos que desta variável resultou uma grande diversidade de patologias associadas. A maioria dos idosos inquiridos (31,7%) refere sofrer de doenças somente do foro cardiovascular, sendo que 14 dos 41 entrevistados referem padecer de doenças do foro cardiovascular associada a outras patologias. Importa ainda referir que 14,6% dos idosos não refere antecedentes médicos. A moda é "doenças do foro cardiovascular".

Tabela n.º 3.12 – Distribuição dos idosos por antecedentes médicos

Antecedentes médicos	N.º	%
Doenças do foro cardiovascular	13	31,7
Doenças do foro mental	1	2,4
Doenças do foro endócrino/metabólico	3	7,3
Doenças do foro músculo-esquelético	1	2,4
Doenças do foro cardiovascular e mental	1	2,4
Doenças do foro cardiovascular e endócrino/metabólico	4	9,8
Doenças do foro cardiovascular e músculo-esquelético	2	4,9
Doenças do foro mental e endócrino/metabólico	1	2,4
Doenças do foro mental e músculo-esquelético	2	4,9
Doenças do foro cardiovascular, músculo-esquelético e endócrino/metabólico	2	4,9
Doenças do foro cardiovascular, mental e endócrino/metabólico	2	4,9
Doenças do foro cardiovascular, músculo-esquelético, endócrino/metabólico e oncológico	1	2,4
Doenças do foro cardiovascular, endócrino/metabólico e oncológico	1	2,4
Doenças do foro cardiovascular, mental e oncológico	1	2,4
Não refere antecedentes médicos	6	14,6
TOTAL	41	100%

Motivo da institucionalização

Através da análise da tabela n.º 3.13 verificamos que a maior parte dos inquiridos (46,3%) refere como motivo da institucionalização o facto de viver sozinho, e 22% revelam estar institucionalizados devido à falta de apoio familiar. Em minoria temos os idosos que recorreram a uma instituição devido a incapacidade (14,6%) e 7 dos 41 entrevistados assumem outra razão não especificada. A moda é "viver sozinho".

Tabela n.º 3.13 – Distribuição dos idosos por motivo de institucionalização

Motivo	N.º	%
Viver sozinho	19	46,3
Incapacidade	6	14,6
Falta de apoio familiar	9	22,0
Outro	7	17,1
TOTAL	41	100,0

Ideia da institucionalização

Os dados abaixo indicados revelam que nem sempre a ideia de recorrer a uma instituição é do próprio idoso – como podemos verificar, dos 41 inquiridos apenas 15 referem ter sido os próprios a ter esta ideia. Os filhos surgem em primeiro lugar, com 48,8% dos inquiridos a atribuírem a ideia da institucionalização a esta categoria. Apenas 3 dos 41 idosos refere que foram outros familiares a tomar esta decisão, representando 7,3% da totalidade. A moda é "dos filhos".

Tabela n.º 3.14 – Distribuição dos idosos por ideia da institucionalização

Ideia da institucionalização	N.º	%
Do próprio	15	36,6
Dos filhos	20	48,8
Outros familiares	3	7,3
Outro	3	7,3
TOTAL	41	100,0

Participação em atividades socioculturais

De acordo com os dados da tabela n.º 3.15, verificamos que a maioria dos idosos respondeu que participa em atividades socioculturais da instituição. Assim, 29,3% dos inquiridos refere não participar em qualquer tipo de atividades. A moda é "sim".

Tabela n.º 3.15 – Distribuição dos idosos por participação em atividades socioculturais

Participação em atividades socioculturais	N.º	%
Sim	29	70,7
Não	12	29,3
TOTAL	41	100,0

Atividades socioculturais em que participa

No seguimento da variável anterior, e no caso do inquirido ter respondido sim, apresenta-se esta questão agrupada da seguinte forma:

- Passeios
- Festas
- Jogos
- Desporto
- Estimulação cognitiva
- Pintura

Uma vez que obtivemos várias respostas, tivemos necessidade, para facilitar a sua análise, de agrupá-las posteriormente nas seguintes classes:

- Atividades desportivas (desporto)
- Atividades lúdicas (jogos, estimulação cognitiva e pintura)
- Atividades recreativas (passeios e festas)

Dado que os idosos muitas vezes participam em mais do que uma categoria de atividades, sentimos necessidade de agrupá-las conforme mostra a tabela n.º 3.16.

Mediante a sua análise percebemos que, dos idosos que participam, as atividades recreativas são as que obtêm mais participação (36,6%). Dos 41 idosos inquiridos, 9 referem participar em atividades desportivas, recreativas e lúdicas, representando 22% da totalidade. Em minoria temos os idosos que participam em atividades desportivas, com uma percentagem de 2,4% e os que participam em atividades lúdicas e recreativas, representando apenas 1 idoso. A moda é "desportivas e recreativas".

Tabela n.º 3.16 – Distribuição dos idosos por atividades socioculturais em que participam

Atividades socioculturais	N.º	%
Desportivas	1	2,4
Recreativas	15	36,6
Desportivas e Recreativas	3	7,3
Lúdicas e Recreativas	1	2,4
Desportivas, Recreativas e Lúdicas	9	22,0
Não participa	12	29,3
TOTAL	41	100,0

Serviços que usufrui no Serviço de Apoio Domiciliário

Caso o inquirido esteja integrado na resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, pretendemos averiguar quais os serviços que o idoso usufruía. No formulário sociodemográfico e contextual agrupou-se as respostas da seguinte forma:

- Alimentação
- Higiene pessoal
- Higiene habitacional
- Lavagem e tratamento de roupa
- Atividades socioculturais

Escolhemos agrupar desta forma uma vez que são todos os serviços que a instituição oferece. No entanto, e uma vez que existiram várias respostas por pessoa, para efeitos de análise de dados decidimos posteriormente dividir em apenas três classes:

- Alimentação (alimentação)
- Higiene (higiene pessoal, habitacional e lavagem e tratamento de roupa)
- Atividades socioculturais (atividades socioculturais)

Sendo que dos 41 idosos entrevistados, 18 usufruem de serviços de Serviço de Apoio Domiciliário, constatamos que a larga maioria tem como serviços contratualizados o fornecimento de refeições. Apenas 3 dos 18 inquiridos em SAD usufrui de pelo menos 1 serviço dentro de cada categoria (alimentação, higiene e atividades socioculturais) e apenas 1 idoso contratualizou alimentação e higiene simultaneamente. A moda é "não se aplica".

Tabela n.º 3.17 – Distribuição dos idosos por serviços que usufruem no Serviço de Apoio Domiciliário

Serviços	N.º	%
Alimentação	12	29,3
Alimentação e Higiene	1	2,4
Alimentação e Atividades Socioculturais	2	4,9
Alimentação, Higiene e Atividades Socioculturais	3	7,3
Não se aplica	23	56,1
TOTAL	41	100,0

3.1. Caracterização da Qualidade de Vida

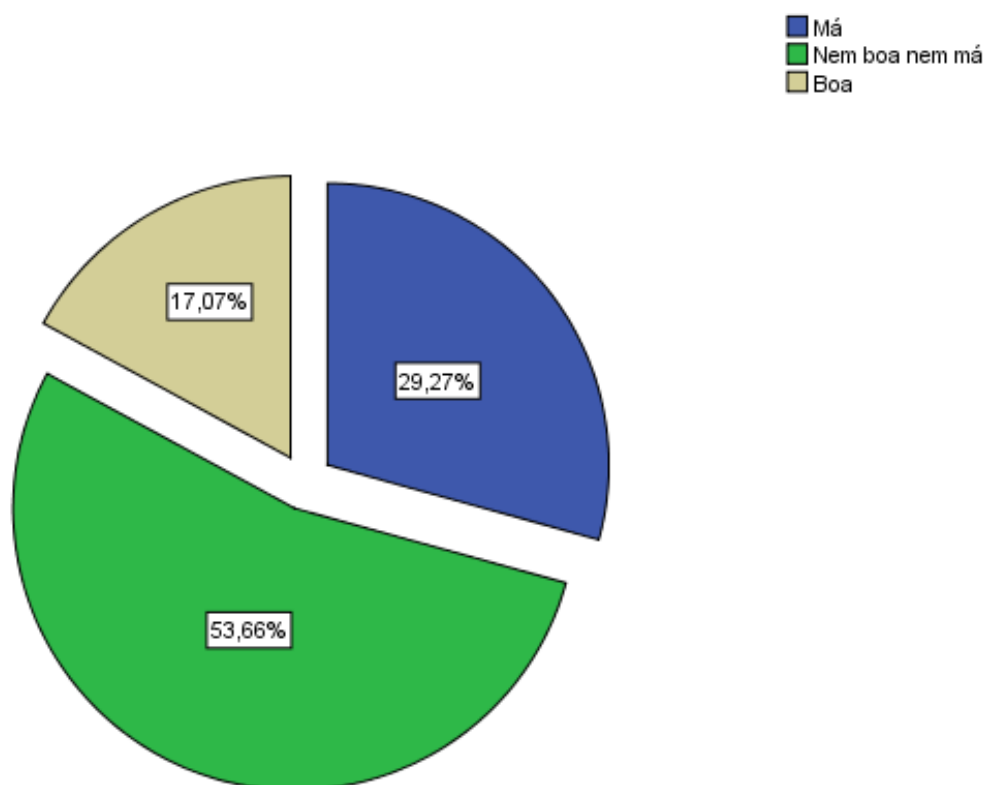
Como avalia a sua qualidade de vida?

Através da análise da tabela n.º 3.18, é possível verificar que a maioria dos idosos inquiridos respondeu que a sua qualidade de vida não é nem boa nem má (53,7%). De seguida temos a resposta "má", com 29,3% dos idosos. Ninguém respondeu que a sua qualidade de vida é muito má ou muito boa, e apenas 17,1% dos idosos considera "boa" a sua qualidade de vida. A moda é "nem boa nem má".

Tabela n.º 3.18 – Distribuição dos idosos por grau de avaliação da sua qualidade de vida

	N.º	%
Muito má	0	0
Má	12	29,3
Nem boa nem má	22	53,7
Boa	7	17,1
Muito boa	0	0
TOTAL	41	100

Gráfico n.º 3.4 - Distribuição gráfica percentual dos idosos por grau de avaliação da sua qualidade de vida



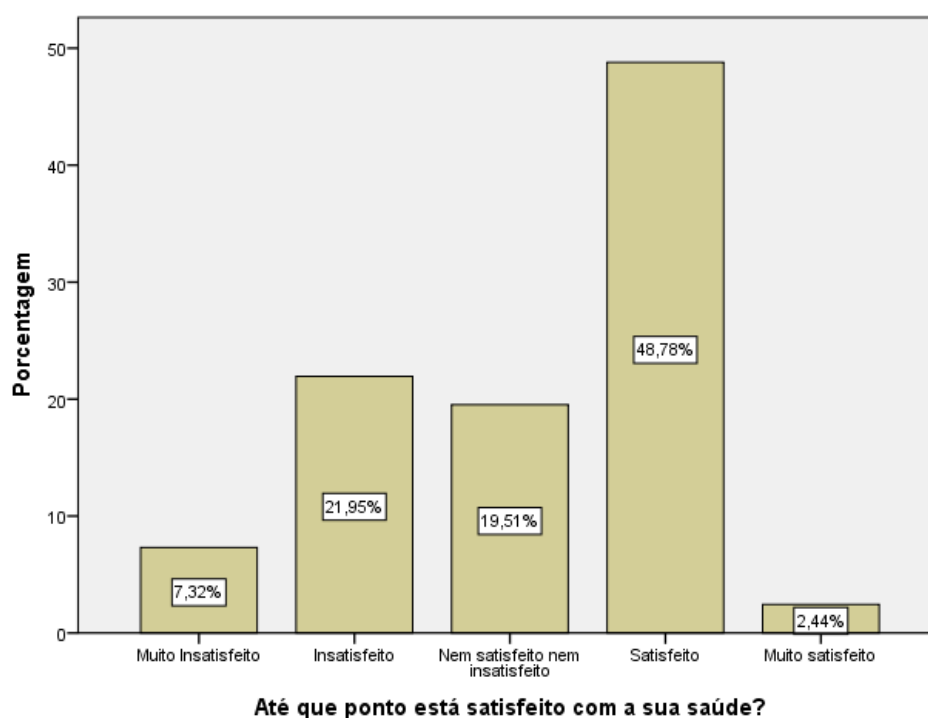
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?

Conforme é visível na tabela n.º 3.19, a maioria dos idosos refere estar satisfeito com a sua saúde (48,8%), sendo que apenas 7,3% consideram-se muito insatisfeitos. Em minoria temos apenas 1 idoso que refere estar muito satisfeito. A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.19 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua saúde

	N.º	%
Muito insatisfeito	3	7,3
Insatisfeito	9	22
Nem satisfeito nem insatisfeito	8	19,5
Satisfeito	20	48,8
Muito satisfeito	1	2,4
TOTAL	41	100

Gráfico n.º 3.5 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por grau de satisfação com a sua saúde



Em que medida as suas dores o impedem de fazer o que precisa fazer?

Analisando a tabela n.º 3.20 é possível compreender que 39% dos idosos consideram que as suas dores impedem-nos pouco de realizar as suas tarefas diárias, sendo que 22% referem que em nada interferem no seu dia-a-dia. Em minoria temos

apenas 1 idoso a referir que as suas dores o impedem "muitíssimo" de fazer o que precisa. A moda é "pouco".

Tabela n.º 3.20 – Distribuição dos idosos por grau de interferência das dores no seu dia-a-dia

	N.º	%
Nada	9	22
Pouco	16	39
Nem muito nem pouco	6	14,6
Muito	9	22
Muitíssimo	1	2,4
TOTAL	41	100

Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?

Interpretando a tabela n.º 3.21, podemos concluir que dos 41 idosos inquiridos, 22 deles responderam que precisam pouco de cuidados médicos para fazer a sua vida diária, sendo que 9 deles referem não precisar em nada, e apenas 2 idosos acusam necessitar muito de cuidados médicos no seu dia-a-dia. A moda é "pouco".

Tabela n.º 3.21 – Distribuição dos idosos por grau de necessidade de cuidados médicos no seu dia-a-dia.

	N.º	%
Nada	9	22
Pouco	22	53,7
Nem muito nem pouco	8	19,5
Muito	2	4,9
Muitíssimo	0	0
TOTAL	41	100

Até que ponto gosta da sua vida?

Na questão "até que ponto gosta da sua vida?", a maioria dos idosos (51,2%) respondeu que gosta "nem muito nem pouco". Apenas 17,1% responderam gostar pouco,

e a minoria (9,8) refere não gostar nada. Podemos ainda concluir através da tabela n.º 3.22 que das 41 pessoas entrevistadas, apenas 9 (22%) referem gostar muito da sua vida. A moda é "nem muito nem pouco".

Tabela n.º 3.22 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua vida.

	N.º	%
Nada	4	9,8
Pouco	7	17,1
Nem muito nem pouco	21	51,2
Muito	9	22
Muitíssimo	0	0
TOTAL	41	100

Em que medida sente que a sua vida tem sentido?

Esta questão foi uma das que nem todos os idosos inquiridos souberam responder – dos 41 entrevistados, apenas 39 responderam à questão. Assim, através da interpretação da tabela n.º 3.23, constatamos que 46,3% dos idosos consideram que a sua vida tem "nem muito nem pouco" sentido. Ambas as respostas "pouco" e "muito" obtiveram 19,5% das respostas, sendo que 9,8% dos idosos respondeu "nada". A moda é "nem muito nem pouco".

Tabela n.º 3.23 – Distribuição dos idosos por grau de sentido atribuído à sua vida

	N.º	%
Nada	4	9,8
Pouco	8	19,5
Nem muito nem pouco	19	46,3
Muito	8	19,5
Muitíssimo	0	0
TOTAL	39	95,1

Até que ponto se consegue concentrar?

À semelhança da questão anterior, também alguns idosos não souberam responder a esta questão – dos 41 inquiridos, 32 responderam. Relativamente à análise das respostas dadas, 41,5% dos idosos consideram que consegue concentrar-se "muito", 24,4% respondeu que consegue concentrar-se "nem muito nem pouco" e apenas 2,4% referem que não se conseguem concentrar "nada". A moda é "muito".

Tabela n.º 3.24 – Distribuição dos idosos por grau de concentração

	N.º	%
Nada	1	2,4
Pouco	4	9,8
Nem muito nem pouco	10	24,4
Muito	17	41,5
Muitíssimo	0	0
TOTAL	32	78

Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?

As respostas a esta questão foram bastante diversificadas, sendo que a maioria, 43,9%, considera sentir-se "muito" em segurança no seu dia-a-dia. 22% refere sentir-se "pouco" em segurança, e apenas 2,4%, correspondendo a 1 idoso, se diz sentir "nada" em segurança. A moda é "muito".

Tabela n.º 3.25 – Distribuição dos idosos por grau de segurança no seu dia-a-dia

	N.º	%
Nada	1	2,4
Pouco	9	22
Nem muito nem pouco	13	31,7
Muito	18	43,9
Muitíssimo	0	0
TOTAL	41	100

Em que medida é saudável o seu ambiente físico?

Tendo em conta que 1 idoso não respondeu a esta questão, as restantes 40 respostas distribuíram-se da seguinte forma: 75,6% refere que o seu ambiente físico é "muito" saudável; 12,2% dos idosos sente que é "pouco" e em minoria temos 9,8% das respostas assinaladas em "nem muito nem pouco". A moda é "muito".

Tabela n.º 3.26 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com o seu ambiente físico

	N.º	%
Nada	0	0
Pouco	5	12,2
Nem muito nem pouco	4	9,8
Muito	31	75,6
Muitíssimo	0	0
TOTAL	40	97,6

Tem energia suficiente para a sua vida diária?

Analisando os resultados da tabela n.º 3.27, conseguimos entender que as respostas se distribuem essencialmente entre "pouco" e "moderadamente", obtendo cada uma 29,3%. Dos 41 idosos, 26,8% considera ter "bastante" energia para a sua vida diária, e apenas 12,2% refere "nada" como resposta. Há duas modas: "pouco" e "moderadamente".

Tabela n.º 3.27 – Distribuição dos idosos por grau de energia na sua vida diária

	N.º	%
Nada	5	12,2
Pouco	12	29,3
Moderadamente	12	29,3
Bastante	11	26,8
Completamente	1	2,4
TOTAL	41	100

É capaz de aceitar a sua aparência física?

Esta questão foi uma das que obteve mais omissões de resposta, sendo que das 41 pessoas entrevistadas apenas 35 conseguiram responder. A maioria (41,5%) considera aceitar "moderadamente" a sua aparência física, seguindo-se "bastante" com 36,6% das respostas. Na negativa temos apenas 4,9% dos idosos, referindo que aceitam "pouco" a sua aparência física. A moda é "moderadamente".

Tabela n.º 3.28 – Distribuição dos idosos por grau de aceitação da sua aparência física

	N.º	%
Nada	0	0
Pouco	2	4,9
Moderadamente	17	41,5
Bastante	15	36,6
Completamente	1	2,4
TOTAL	35	85,4

Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?

Conforme é visível na tabela n.º 3.29, a maioria dos idosos refere ter dinheiro para satisfazer as suas necessidades de forma moderada. 14,6% dos idosos responderam ter "pouco" e "bastante", e apenas 4,9% considera como resposta "nada". A moda é "moderadamente".

Tabela n.º 3.29 – Distribuição dos idosos por grau de dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades

	N.º	%
Nada	2	4,9
Pouco	6	14,6
Moderadamente	27	65,9
Bastante	6	14,6
Completamente	0	0
TOTAL	41	100

Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?

Esta questão foi a que mais suscitou dúvidas por parte dos entrevistados. Alguns por não entenderem a pergunta, outros porque não tinham opinião formada sobre o assunto – apenas 25 dos 41 idosos entrevistados responderam. Ainda assim, a maioria das respostas recaiu sobre o "moderadamente", e 8 (19,5%) responderam ainda que consideram ter "bastante" facilidade de acesso às informações que necessita. Em minoria temos a resposta "pouco", em que apenas 9,8% dos idosos a assinalaram. A moda é "moderadamente".

Tabela n.º 3.30 – Distribuição dos idosos por grau de facilidade em ter acesso a informações para o seu dia-a-dia

	N.º	%
Nada	0	0
Pouco	4	9,8
Moderadamente	13	31,7
Bastante	8	19,5
Completamente	0	0
TOTAL	25	61

Em que medida tem oportunidade de realizar atividades de lazer?

Quando questionamos sobre a oportunidade que têm para realizar atividades de lazer, 39% dos idosos refere ter tempo de forma moderada. Com o segundo maior número de respostas temos o "bastante", com 31,7%, e apenas 26,8% dos idosos consideram ter "pouco" tempo para atividades de lazer. A moda é "moderadamente".

Tabela n.º 3.31 – Distribuição dos idosos por grau de oportunidade de realizar atividades de lazer

	N.º	%
Nada	0	0
Pouco	11	26,8
Moderadamente	16	39
Bastante	13	31,7
Completamente	1	2,4
TOTAL	41	100

Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade de se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?

De acordo com a tabela n.º 3.32, a maioria dos idosos considera "boa" a sua capacidade de se movimentar por si próprio. No entanto, 29,3% dos idosos refere que a sua mobilidade é "nem boa nem má", 14,6% respondeu que a sua capacidade de se movimentar é "muito boa" e 12,2% referencia mesmo como "má". A moda é "boa".

Tabela n.º 3.32 – Distribuição dos idosos por grau de avaliação à sua mobilidade

	N.º	%
Muito má	2	4,9
Má	5	12,2
Nem boa nem má	12	29,3
Boa	16	39
Muito boa	6	14,6
TOTAL	41	100

Até que ponto está satisfeito com o seu sono?

Considerando a tabela seguinte, podemos verificar que a maior parte dos idosos se sente satisfeito com o seu sono (41,5). No entanto, 24,4% diz sentir-se "insatisfeito" e 17,1% refere que está "nem satisfeito nem insatisfeito" e "muito satisfeito". A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.33 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com o seu sono

	N.º	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	10	24,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	7	17,1
Satisfeito	17	41,5
Muito satisfeito	7	17,1
TOTAL	41	100

Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Conforme consta na tabela n.º 3.34, 53,7% das respostas situam-se no grau "satisfeito", ainda que 22% dos idosos refira estar "insatisfeito" com a sua capacidade para desempenhar atividades do seu dia-a-dia. Em minoria temos apenas 3 idosos (7,3%) que consideram estar "muito insatisfeitos" e 1 (2,4%) que refere estar "muito satisfeito". A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.34 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua capacidade para desempenhar tarefas no dia-a-dia

	N.º	%
Muito insatisfeito	3	7,3
Insatisfeito	9	22
Nem satisfeito nem insatisfeito	6	14,6
Satisfeito	22	53,7
Muito satisfeito	1	2,4
TOTAL	41	100

Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?

Nesta questão obtivemos 3 respostas omissas, ou seja, dos 41 idosos entrevistados apenas 38 souberam responder. De entre as respostas obtidas, 43,9% considera-se "satisfeito" com a sua capacidade de trabalho, enquanto que 29,3% diz estar "insatisfeito".

Em minoria temos 7,3% dos idosos que referem estar "muito insatisfeitos". A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.35 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua capacidade de trabalho

	N.º	%
Muito insatisfeito	3	7,3
Insatisfeito	12	29,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	12,2
Satisfeito	18	43,9
Muito satisfeito	0	0
TOTAL	38	92,7

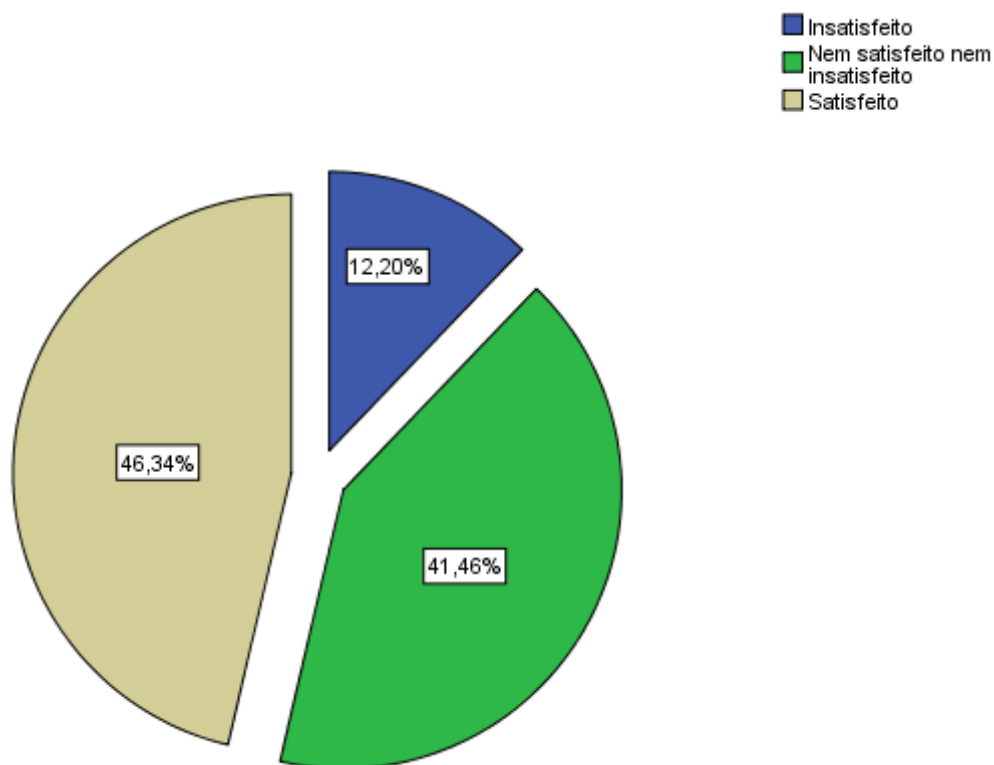
Até que ponto está satisfeito consigo próprio?

Conforme se constata ao analisar a tabela n.º 3.36, as respostas distribuem-se de forma semelhante entre os idosos que estão "nem satisfeitos nem insatisfeitos" (41,5%) e os que estão "satisfeitos" (46,3%). Uma pequena percentagem diz ainda estar "insatisfeito" consigo próprio (12,2%). A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.36 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação consigo próprio

	N.º	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	5	12,2
Nem satisfeito nem insatisfeito	17	41,5
Satisfeito	19	46,3
Muito satisfeito	0	0
TOTAL	41	100

Gráfico n.º 3.6 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por grau de satisfação consigo próprio



Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?

Observando a tabela n.º 3.37 podemos constatar que a grande maioria dos idosos inquiridos (65,9%) refere estar "satisfeito" no que diz respeito às suas relações pessoais. Uma pequena percentagem (4,9%) considera-se "insatisfeito" e 7,3% diz estar "muito satisfeito". A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.37 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com as suas relações pessoais

	N.º	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	2	4,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	9	2,2
Satisfeito	27	65,9
Muito satisfeito	3	7,3
TOTAL	41	100

Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?

Sendo esta uma questão particularmente pessoal, 5 dos 41 idosos inquiridos não quiseram responder. No entanto, a maioria (43,9%) diz estar "nem satisfeito nem insatisfeito", enquanto que 36,6% refere sentir-se "satisfeito" com a sua vida sexual. Apenas 4,9% referiu estar "insatisfeito" e 2,4% diz estar "muito satisfeito". A moda +e "nem satisfeito nem insatisfeito".

Tabela n.º 3.38 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com a sua vida sexual

	N.º	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	2	4,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	18	43,9
Satisfeito	15	36,6
Muito satisfeito	1	2,4
TOTAL	36	87,8

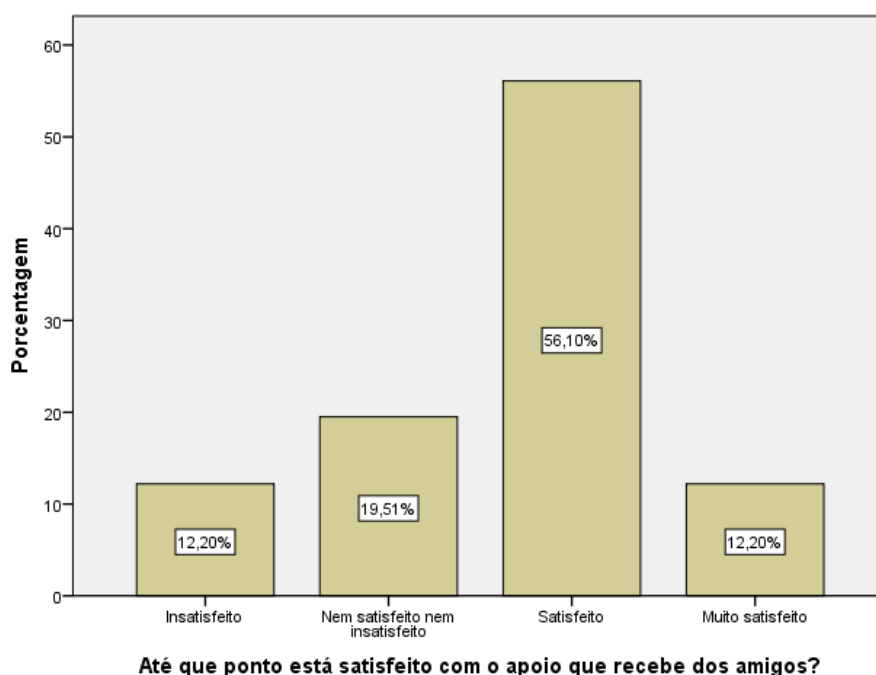
Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos amigos?

Dos 41 idosos inquiridos, 23 (56,1%) consideram estar "satisfeitos" com o apoio que recebem dos amigos. Uma percentagem significativa (19,5%) refere estar "nem satisfeito nem insatisfeito" e 12,2% distribuem-se de igual forma entre estar "insatisfeito" e "muito satisfeito". A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.39 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com o apoio que recebe dos amigos

	N.º	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	5	12,2
Nem satisfeito nem insatisfeito	8	19,5
Satisfeito	23	56,1
Muito satisfeito	5	12,2
TOTAL	41	100

Gráfico n.º 3.7 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por grau de satisfação com o apoio recebido dos amigos



Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar onde vive?

Mediante a exposição estatística referenciada na tabela n.º 3.40, podemos perceber que a grande maioria dos idosos inquiridos refere estar "satisfeito" com as condições onde vive (87,8%). No entanto, 4,9% diz estar "insatisfeito" e a mesma percentagem refere estar "nem satisfeito nem insatisfeito". A resposta "muito satisfeito" obteve apenas 1 idoso. A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.40 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com as condições do lugar onde vive

	N.º	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	2	4,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	4,9
Satisfeito	36	87,8
Muito satisfeito	1	2,4
TOTAL	41	100

Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?

Face aos resultados apresentados na tabela n.º 3.41, é possível verificar que 34 dos 41 idosos estão "satisfeitos" com o acesso que têm aos serviços de saúde. No entanto, é possível constatar que 2 deles estão "insatisfeitos" e 2 estão ainda "nem satisfeitos nem insatisfeitos". A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.41 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com o acesso aos serviços de saúde

	N.º	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	2	4,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	4,9
Satisfeito	34	82,9
Muito satisfeito	3	7,3
TOTAL	41	100

Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?

Relativamente ao grau de satisfação dos idosos com os transportes que utilizam, obtivemos 1 resposta omissa, ou seja, dos 41 idosos entrevistados 1 deles não respondeu. Face à percentagem mais alta, 80,5% dos idosos refere estar "satisfeito" com os transportes que utiliza, enquanto que apenas 7,3% diz estar "insatisfeito". A moda é "satisfeito".

Tabela n.º 3.42 – Distribuição dos idosos por grau de satisfação com os transportes que utiliza

	N.º	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	3	7,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	4	9,8
Satisfeito	33	80,5
Muito satisfeito	0	0
TOTAL	40	97,6

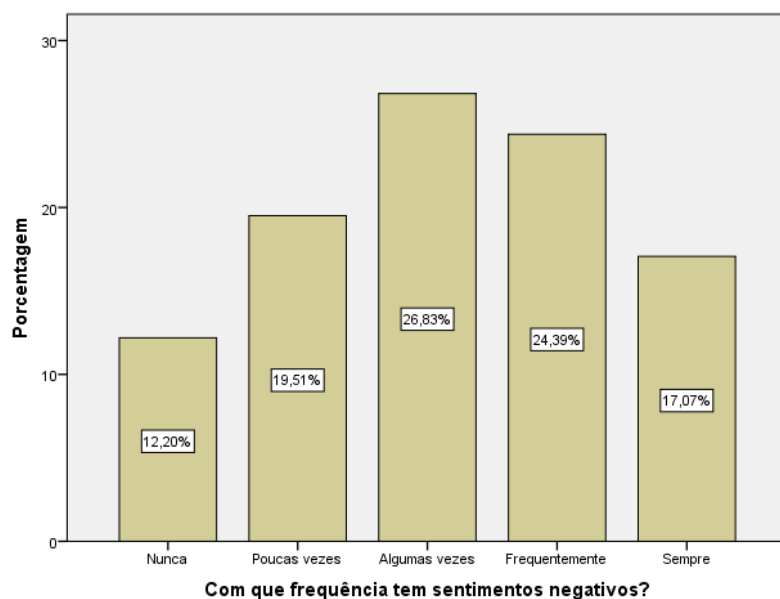
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?

Segundo a representação tabelar e gráfica, podemos constatar que as respostas a esta questão foram bastante dispersas. A maior parte das respostas dos idosos recaiu sobre a opção "algumas vezes" (26,8%), 24,4% respondeu ainda que tem sentimentos negativos "poucas vezes", 19,5% refere sentir-se assim "frequentemente" e 12,2% considera estar "sempre" com estes sentimentos. Dos 41 inquiridos, apenas 7 idosos mencionam "nunca" como resposta. A moda é "algumas vezes".

Tabela n.º 3.43 – Distribuição dos idosos por frequência que têm sentimentos negativos

	N.º	%
Nunca	7	17,1
Poucas vezes	10	24,4
Algumas vezes	11	26,8
Frequentemente	8	19,5
Sempre	5	12,2
TOTAL	41	100

Gráfico n.º 3.8 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por frequência que têm sentimentos negativos



3.1.3. Resultados WHOQOL-Bref

Conforme referido anteriormente, os valores da escala foram convertidos numa escala de 0 a 100, de forma a procedermos à comparação de valores. Importa ainda referir que quanto maior for o valor, mais satisfeito estará o idosos com a sua qualidade de vida.

Através da interpretação da tabela n.º 3.44, é possível verificar quais os valores mínimos e máximos, média e desvio padrão, bem como as respostas nos vários domínios traduzidas em valores percentuais referente ao nosso estudo. Assim, concluímos que de uma forma geral, os idosos estão satisfeitos com a sua qualidade de vida em todos os domínios, pois todos os valores encontram-se acima dos 50. O domínio que apresenta uma média mais elevada é o de relações sociais e o que obteve valores mais baixos foi o domínio psicológico. No entanto, a média da qualidade de vida situa-se aproximadamente a meio da escala, com um score de 50,6.

Analisando a tabela n.º 3.44, podemos ainda comparar os valores de referência dos autores da escala, obtidos aquando validação da escala para português de Portugal. A amostra era de 604 pessoas, divididas em 2 grupos – população geral, ou "saudáveis" (n=315) e "doentes" (n=289). Verificamos assim que os valores obtidos junto da

população geral, ou "saudáveis" são, em média, superiores aos nossos, sendo que apenas os domínios relações sociais e meio ambiente parecem ter valores mais próximos.

Tabela n.º 3.44 – Distribuição dos resultados obtidos com WHOQOL-Bref por domínios

Resultados do nosso estudo					Resultados do estudo dos autores -População geral-	
Domínios	Min.	Max.	Média	D.p.	Média	D.p.
Geral	12,5	75,0	50,6	16,8	71,5	13,3
Físico	25,0	92,9	59,9	16,5	77,5	12,3
Psicológico	8,3	79,1	54,1	15,4	72,4	13,5
Relações Sociais	33,3	91,7	65,0	12,7	70,4	14,5
Meio Ambiente	34,3	71,9	60,9	8,3	64,9	12,2

Valores retirados de Canavarro *et. al.* (2007)

Como é visível na tabela n.º 3.45, no estudo de Silva (2011), em que foram inquiridos 20 idosos institucionalizados em ERPI com média de idades de 85,8, os indivíduos apresentam uma melhor qualidade de vida em todos os domínios da escala WHOQOL-Bref. Enquanto no nosso estudo a média geral da qualidade de vida se situa nos 50,6, no estudo levado a cabo por Silva (2011) a média ronda os 66,8.

Tabela n.º 3.45 - Distribuição dos resultados obtidos com WHOQOL-Bref por domínios no estudo de Silva (2011)

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	D.p.
Geral	37,5	87,5	66,8	15,3
Físico	21,4	86,4	66,5	24,2
Psicológico	25,0	87,5	65,0	18,2
Relações Sociais	58,3	100,0	80,8	12,9
Meio Ambiente	37,5	84,4	66,9	14,8

Valores retirados de Silva (2011)

3.2. Análise Inferencial

H₁ – Há diferenças entre a percepção da qualidade de vida e a resposta social.

Para compreender se existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos integrados em centro de dia ou que usufruem de serviço de apoio domiciliário, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. De acordo com os resultados (tabela n.º 3.46) não existem diferenças estatisticamente significativas, mas podemos verificar que no domínio físico e no domínio psicológico parece existir maior percepção de qualidade de vida nos idosos integrados em centro de dia. No entanto, no domínio relações sociais e no domínio ambiente, os idosos de serviço de apoio domiciliário revelam uma maior qualidade de vida.

Tabela nº 3.46 - Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável resposta social.

Domínio	U	Posto médio	p
Domínio físico	188,000	1. 21,83	0,616
		2. 19,94	
Domínio psicológico	165,500	1. 22,80	0,273
		2. 18,69	
Domínio relações sociais	184,500	1. 20,02	0,543
		2. 22,25	
Domínio ambiente	159,000	1. 18,91	0,202
		2. 23,67	

1- Centro de Dia; 2- Serviço de apoio domiciliário.

H₂ – Há diferenças entre a percepção da qualidade de vida e o género.

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de Mann-Whitney. De acordo com a análise da tabela n.º3.47, observamos que no domínio físico existem

diferenças estatisticamente significativas ($p=0,007$), em que os homens percecionam uma maior qualidade de vida que as mulheres.

Podemos ainda verificar que no domínio ambiente, embora não existam diferenças significativas estatisticamente, também o género masculino apresenta uma maior qualidade de vida. Apenas no domínio de relações sociais parece existir uma pequena diferença, ainda que não significativa, em que as mulheres percecionam maior qualidade de vida que os homens.

Tabela nº 3.47- Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável género.

Domínio	U	Posto médio	p
Domínio físico	106,500	1. 15,83	0,007
		2. 25,93	
Domínio psicológico	153,000	1. 18,15	0,135
		2. 23,71	
Domínio relações sociais	209,500	1. 21,03	0,989
		2. 20,98	
Domínio ambiente	137,000	1. 17,35	0,054
		2. 24,48	

1-Feminino; 2- Masculino.

H₃ – Há diferenças entre a perceção da qualidade de vida e o estado civil.

Para estudar a variável estado civil presente na hipótese formulada, utilizámos o teste de Kruskal-Wallis (tabela n.º 3.48). Como é possível verificar, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas parece existir uma maior qualidade de vida nos idosos solteiros no domínio físico, psicológico e relações sociais.

Tabela nº 3.48 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis para a variável estado civil.

Domínio	Qui-quadrado	Posto médio	p
Domínio físico	2,229	1. 26,88	0,526
		2. 22,17	
		3. 26,50	
		4. 18,89	
Domínio psicológico	1,734	1. 26,88	0,629
		2. 22,25	
		3. 15,75	
		4. 19,78	
Domínio relações sociais	2,850	1. 23,63	0,415
		2. 20,58	
		3. 8,00	
		4. 21,89	
Domínio ambiente	2,230	1. 20,88	0,526
		2. 21,04	
		3. 9,00	
		4. 22,04	

1- Solteiro; 2-Casado/União de facto; 3- Divorciado/Separado;4- Viúvo

H4 – Há diferenças entre percepção da qualidade de vida e a gestão de rendimentos.

Pretendeu-se também analisar se existem diferenças na percepção da qualidade de vida nos idosos que gerem totalmente a sua reforma, nos que não fazem a sua gestão mas têm acesso ao dinheiro que pretenderem e entre aqueles que não fazem a sua gestão e só têm acesso ao estritamente necessário.

Para verificar esta hipótese recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis, que nos mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas em nenhum domínio (tabela n.º 3.49). No entanto, é possível verificar através da análise da tabela que em todos os domínios os idosos que gerem totalmente os seus rendimentos apresentam uma maior percepção da qualidade de vida.

Tabela nº 3.49 - Resultado do teste de Kruscal-Wallis para a variável gestão de rendimentos.

Domínio	Qui-quadrado	Posto médio	p
Domínio físico	5,574	1. 25,03	0,134
		2. 18,16	
		3. 19,67	
		4. 2,00	
Domínio psicológico	5,753	1. 23,83	0,124
		2. 21,56	
		3. 14,33	
		4. 1,00	
Domínio relações sociais	2,947	1. 21,86	0,400
		2. 21,47	
		3. 20,42	
		4. 1,50	
Domínio ambiente	4,249	1. 25,19	0,236
		2. 18,50	
		3. 15,92	
		4. 16,00	

1- Faz a sua gestão totalmente; 2-Não faz a sua gestão mas não é limitado; 3- Não faz a sua gestão e é limitado; 4- Não faz gestão porque não tem rendimentos.

H₅ – Há associação entre a perceção da qualidade de vida e a idade.

De forma a analisar esta hipótese recorreremos ao teste de correlação de Spearman (tabela n.º 3.50). Apesar de não existir associação estatisticamente significativa com a variável idade e das correlações serem fracas, podemos verificar que quanto maior é a idade, menor é a perceção de qualidade de vida no domínio físico e no domínio psicológico.

Tabela nº 3.50 - Resultado do teste de correlação de Spearman para a variável idade.

Domínio	Rho de Spearman	p
Domínio físico	-0,239	0,132
Domínio psicológico	-0,627	0,273
Domínio relações sociais	0,196	0,220
Domínio ambiente	0,003	0,983

CAPÍTULO IV
DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. DISCUSSÃO

Neste capítulo pretende-se analisar mais detalhadamente os resultados apresentados no capítulo anterior, cruzando dados do nosso estudo com outras investigações e conteúdos teóricos relevantes aos temas tratados.

A presente investigação realizou-se com base nos dados obtidos na Instituição Particular de Solidariedade Social "Centro Social de Santo Estêvão", que já foi caracterizada no capítulo anterior.

Através da análise de dados, podemos constatar que a qualidade de vida pode variar de acordo com a local onde os idosos passam os seus dias. No decorrer deste estudo e com o contacto com os idosos participantes, verificámos que alguns gostariam que o Centro Social tivesse uma outra resposta social (além das existentes – Centro de Dia e SAD) – uma Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI). Ao contrário do que a maioria dos idosos normalmente deseja, alguns dos participantes manifestaram interesse em estar integrado numa ERPI de forma a receber cuidados 24h por dia. Alguns deles não têm família ou esta não consegue prestar o auxílio necessário, fazendo com que o idoso muitas vezes se sinta como um fardo na sua própria casa. Um estudo levado a cabo pela Deco Proteste (2013) concluiu que 40% dos filhos de idosos inquiridos refere fazer sacrifícios para cuidar dos pais, sendo que 8% teve mesmo que pedir demissão do seu emprego para o fazer. O facto do Centro de Dia funcionar de segunda a sábado e em período exclusivamente diurno pode ser a razão dos idosos se sentirem desamparados em algum momento. Este facto leva-nos a pensar se existirão ERPIs suficientes atualmente, uma vez que muitos dos idosos que frequentam o Centro de Dia estão inscritos para integrar aquela resposta social há meses ou até anos. O mesmo estudo da Deco Proteste (2013) refere ainda que os idosos esperaram algum tempo para conseguir vaga numa ERPI – 1 em cada 10 esteve à espera cerca de 1 ano e 5% aguardaram 3 anos.

No nosso estudo conseguimos verificar que, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, os idosos que frequentam o Centro de Dia revelam maior qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. Já nos domínios relações sociais e ambiente, os idosos que estão integrados em SAD parecem percecionar uma maior qualidade de vida. Uma vez que o domínio físico diz respeito à dor, desconforto, cansaço, energia, mobilidade e AVD's no geral (Canavarro *et. al.*, 2007), parece-nos fazer sentido

que os idosos integrados em Centro de Dia apresentem uma melhor qualidade de vida nestes domínios, pois nesta reposta social os idosos são obrigados a manter-se mais ativos e a sair diariamente das suas casas, estimulando a mobilidade. Sousa, Galante e Figueiredo (2003) concluíram através do seu estudo sobre qualidade de vida e bem-estar na população idosa portuguesa, onde entrevistaram 1354 idosos com mais de 75 anos residentes em 13 distritos de Portugal, que a qualidade de vida está associada às atividades básicas de vida diárias, à mobilidade e à comunicação. O nosso estudo parece estar de acordo com esse, pois também relaciona aspetos como as AVD's e mobilidade com a melhor qualidade de vida.

Também nos parece fazer sentido que os idosos integrados em Centro de Dia revelem maior qualidade de vida no domínio psicológico quando comparamos com os que integram SAD, uma vez que o domínio psicológico está ligado a questões como sentimentos positivos, auto-estima, memória e concentração, e que por norma os Centros de Dia realizam atividades socioculturais diariamente, em que os idosos são estimulados e aprendem a fazer coisas novas. Já o SAD é muitas vezes um serviço mecanizado, em que os funcionários não estimulam os idosos com atividades diárias de animação.

O domínio relações sociais abrange questões como apoio social e relações interpessoais (Canavarro et. al., 2007). Assim, como seria de esperar concluímos que os idosos que permanecem no seu domicílio percecionam uma maior qualidade de vida neste domínio, pois maioritariamente são pessoas que residem no mesmo local há décadas, existindo um grande laço afetivo com amigos e vizinhos da região. Já o domínio ambiente, que abarca questões como a segurança física, o ambiente no lar, os cuidados de saúde e sociais, entre outros, parece ter uma maior relação positiva com a qualidade de vida dos idosos que permanecem em suas casas.

Em relação à variável idade, constatámos que a média de idades dos idosos participantes no nosso estudo é de 82 anos, sendo que a maioria da amostra tem mais de 80 anos (63,4%). Visto que a esperança média de vida se localiza atualmente nos 81,3 anos em Portugal (Pordata, 2016) e que cada vez se vive mais, estes dados parecem estar de acordo. Em 2011, o INE anunciou que 19% (2,023 milhões) da população portuguesa tem mais de 65 anos. Também Marrachinho (2014) tem como média de idades no seu estudo sobre qualidade de vida e solidão no idoso institucionalizado 84 anos, sendo que a maioria também tem mais de 80 anos. Estes dados são também congruentes com os

resultados encontrados por Soares e Amorim (2015), que no seu estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade encontraram como média de idades 83 anos (47 idosos portugueses institucionalizados). No entanto, de acordo com Daatland (2005), o conceito de bem-estar parece ter uma fraca relação com variáveis sociais, como a idade, o sexo ou o estado civil. Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore e Cecon (2006) também concluíram através da sua investigação que a variável idade não interfere com a qualidade de vida. Embora não existam diferenças estatisticamente significativas, podemos concluir através do nosso estudo que quanto maior é a idade, menor é a perceção de qualidade de vida no domínio físico e psicológico. Estes dados parecem fazer sentido, uma vez que, como referido anteriormente, o domínio físico está relacionado com dor e cansaço – com o avançar da idade a mobilidade sofre algumas alterações e a dor é algo bastante presente na vida dos idosos – e o domínio psicológico com a memória e concentração, que naturalmente vão declinando com a idade avançada.

A variável género também foi alvo de estudo na nossa investigação. Ribeiro (2012) refere que o género é reconhecido hoje em dia como uma variável extremamente importante na compreensão de vários aspetos relacionados com o comportamento humano. Na nossa amostra existem 21 idosos do género masculino e 20 feminino, estando bastante equilibrado. Silva (2012) refere que no seu estudo, perante uma amostra de 112 idosos, a maioria era do sexo feminino. Os nossos dados contrariam os dados deste estudo, uma vez que na nossa amostra a maioria dos idosos é do género masculino. Também Soares e Amorim (2015) encontraram na sua amostra de 47 idosos uma predominância do género feminino. Através da análise dos dados obtidos concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,007$) no domínio físico, em que os homens percecionam uma melhor qualidade de vida em relação às mulheres. Foi ainda possível compreender que, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, também no domínio ambiente os homens parecem ter melhor qualidade de vida.

Também Pereira et. al. (2006) concluíram através do seu estudo que os homens demonstram uma melhor qualidade de vida, sobretudo nos domínios físico, psicológico e ambiental, embora o psicológico e o relações sociais não demonstrem ser fortes influências. Estes resultados vão ao encontro dos dados obtidos na investigação de Marrachinho (2014), em que também os homens apresentam uma média mais elevada no domínio psicológico da qualidade de vida. Já num estudo realizado por Alberte,

Ruscalleda e Guariento (2015) concluiu-se que o género masculino está associado a uma pior qualidade de vida – os dados dos autores não estão em concordância com os nossos.

De acordo com os dados obtidos através do formulário sociodemográfico e contextual, podemos verificar que a maior parte dos idosos são viúvos (56,1%). Estes dados não são surpreendentes, uma vez que a média de idades é bastante alta (82 anos como já referido anteriormente) e apenas 29,3% dos idosos referem estar casados ou em união de facto. Também Soares e Amorim (2015) concluíram que a maioria dos idosos da sua amostra são viúvos (53,2%), tal como Silva (2009). No entanto podemos verificar que, apesar da inexistência de diferenças estatisticamente significativas, parece existir uma melhor qualidade de vida em idosos solteiros no domínio físico, psicológico e relações sociais. Estes dados são, na nossa opinião, contraditórios, uma vez que seria de esperar que os idosos casados ou em união de facto revelassem melhor qualidade de vida no domínio psicológico (assumindo que o suporte social estará garantido pela parte do cônjuge) e relações sociais. Também Tavares, Tesche e Gastaud (2010) encontraram resultados semelhantes no seu estudo, em que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio relações sociais – os solteiros apresentavam uma melhor qualidade de vida.

Este facto pode dever-se à maior disponibilidade dos idosos para diversas situações sociais, nomeadamente mais tempo para se encontrarem com os amigos com frequência. Consequentemente, o domínio psicológico também pode apresentar valores mais altos na escala da qualidade de vida, pois são idosos independentes, que se habituaram a viver sozinhos e a viver a vida à sua maneira. Também o domínio físico pode relacionar-se com estas situações, uma vez que um idoso que sai de casa frequentemente para se encontrar com amigos é inevitavelmente um indivíduo mais ativo. Além disso, as tarefas domésticas provavelmente são realizadas pelo próprio, contribuindo para a estimulação da sua mobilidade.

Relativamente à escolaridade dos idosos entrevistados, a maioria tinha completado o 1º ciclo (51,2%), e a minoria não sabia ler nem escrever (22%). Ainda assim, parece-nos uma percentagem razoável de analfabetos, visto que os idosos entrevistados eram maioritariamente provenientes de um meio rural, em que as crianças na altura eram obrigadas a trabalhar desde muito cedo, não podendo ir à escola. Silva (2012) encontrou no seu estudo uma elevada percentagem de idosos analfabetos. De

acordo com o estudo de Leal, Apóstolo, Mendes e Marques (2014), os fatores mais associados a sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados são a idade superior a 70 anos e a baixa escolaridade.

Esta taxa de analfabetismo e a sua provável razão de ser torna-se mais evidente quando analisamos os resultados obtidos na variável profissão. No nosso estudo, 39% dos idosos exerceu uma profissão relacionada com o trabalho rural (o que poderá ser justificado pelo facto de a maioria ter apenas o 1º ciclo ou nunca terem estudado), e apenas 24,4% profissões de comerciantes. Atendendo às características geográficas da região de Santo Estêvão, seria expectável obter estes dados, tratando-se de uma zona maioritariamente rural. O facto de existirem mais idosos do género masculino pode ser visto como outra razão de existirem tantos com uma profissão ligada ao trabalho rural, mais do que qualquer outra. Num estudo levado a cabo por Marrachinho (2014) observa-se também que a maioria dos idosos desempenhou funções ligadas ao trabalho rural, dados que estão de acordo com os nossos.

No nosso estudo percebemos ainda que a maioria dos idosos vive sozinho (41,5%), sendo que apenas 29,3% referem viver com os filhos. Podemos ainda verificar que 22% dos inquiridos vive apenas com o cônjuge, o que vai ao encontro dos dados divulgados pelo INE (2011), que revelam que 60% da população idosa portuguesa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas. O INE (2011) revela ainda que na última década, o nº de idosos a viver sozinhos aumentou 29%. Estes dados são, na nossa perspectiva, alarmantes. Leme e Silva (2002) referem que o papel da família é particularmente importante na vida do idoso, de forma a manter o equilíbrio afetivo e humano. Com a aplicação do formulário sociodemográfico e contextual e do WHOQOL-Bref aos idosos do Centro Social, a investigadora percecionou vários casos de solidão. Como já foi referido anteriormente, muitos deles desejavam estar integrados em ERPI, para, talvez, se sentirem menos sós. Infelizmente tornou-se comum nos dias de hoje ler notícias sobre idosos encontrados em casa já sem vida há vários dias ou até semanas. A família, pelo ritmo diário ou por falta de valorização dos seus entes queridos, afasta-se e não está tão presente como outrora.

Relativamente à variável "rendimentos", pretendeu-se averiguar qual o rendimento mensal que os idosos obtêm. 31,7% dos idosos refere obter rendimentos mensais entre os 351 a 500€, sendo que 22% tem rendimentos na ordem dos 201 a 350€.

Estes valores são baixos, ainda que condizentes com algumas histórias de vida dos idosos e com outros dados recolhidos através do formulário sociodemográfico e contextual – como já verificámos anteriormente, a maior parte eram trabalhadores rurais, em que não realizavam quaisquer deduções do seu rendimento naquela altura. Fernandes (2013) reforça esta ideia, referindo que há alguns anos os idosos trabalhavam a vida inteira mas não tinham um vencimento propriamente dito. Hoje em dia, essas pessoas têm uma idade avançada e reformas pequenas, fruto dos mínimos ou inexistentes descontos na época laboral. Alberte et. al. (2015) revelam no seu estudo que há associações entre o envelhecimento patológico e o baixo rendimento. No estudo de Silva (2009), em que foram estudados 125 idosos em Centro de Dia, concluiu-se que a maioria dos idosos usufruía de rendimentos mensais entre os 201€ e os 400€, portanto os dados da investigadora corroboram os nossos. A mesma autora revela ainda que quanto maior rendimento os idosos apresentam, maior é a sua qualidade de vida no domínio físico.

No estudo realizado pela Deco Proteste (2013) concluiu-se que dois terços dos idosos institucionalizados em ERPI têm um rendimento mensal muito inferior ao custo da institucionalização. Talvez esta seja uma das razões pela qual os idosos que manifestaram interesse em integrar uma ERPI ainda não tenham tido oportunidade de o fazer – os custos são superiores ao que eles podem suportar. O INE (2016) revelou através do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento que a taxa de risco de pobreza na população idosa estava nos 18,3% em 2015, aumentando 1,3% face ao ano anterior. A mesma fonte revela ainda que as mulheres estão em maior risco que os homens.

Um aspeto que também foi considerado na nossa investigação foi por quem os rendimentos dos idosos eram geridos. Nesta questão, tencionámos relacionar a sua gestão com a qualidade de vida. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, em todos os domínios estudados os idosos que gerem os seus rendimentos parecem apresentar uma maior qualidade de vida. Ainda assim, uma grande percentagem de idosos refere não gerir os seus rendimentos, apesar de não ser limitado (39%) e uns alarmantes 14,6% referem não gerir os seus rendimentos e serem limitados. Importa referir que por "limitado" entendemos o idoso que não tem livre acesso aos seus rendimentos, apesar de não os gerir. Através da aproximação que se criou com os idosos ao longo desta investigação, foi possível perceber que alguns deles (que diziam ser limitados pelo familiar que gere os seus rendimentos) se sentem angustiados com esta situação. Muitas vezes, e conforme eles referiam, pediam dinheiro ao seu familiar para

"beber um café" ou "simplesmente para estar prevenido" e era-lhes negado. Um estudo realizado no Brasil concluiu que apenas 12,7% dos idosos referiu precisar de auxílio para gerir os seus rendimentos (Chaimowicz, 2013). Existe ainda uma lacuna teórica referente a esta questão, mas pensamos que será importante num futuro próximo estudar as repercussões que estas limitações podem ter na vida do idoso a nível do bem-estar e qualidade de vida.

De acordo com o referido anteriormente, da variável "antecedentes médicos" resultou um vasto leque de respostas. A DGS (2006) refere que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados por um aumento das situações em que há doença e incapacidade. No nosso estudo, 31,7% dos inquiridos revela sofrer de patologias associadas ao foro cardiovascular, sendo que as restantes repostas se dividem de forma equilibrada entre doenças do foro mental, endócrino/metabólico, músculo-esquelético e oncológico. Zaslavsky e Gus (2002) apontam como principal causa de mortalidade e morbilidade as doenças cardiovasculares, sendo que Chaimowicz (2013) refere no seu estudo com idosos no Brasil que a principal causa de morte em idosos do sexo masculino são doenças cardiovasculares e do sexo feminino são doenças cerebrovasculares. Importa ainda referir que 14,6% dos participantes no nosso estudo não revelam antecedentes médicos.

Silva (2009) revela no seu estudo que os idosos que não apresentam antecedentes médicos têm uma maior qualidade de vida no domínio físico, como seria de esperar. O mesmo estudo concluiu ainda que, tal como os dados obtidos na nossa investigação, grande parte (49,5%) dos idosos inquiridos apresenta doenças do foro cardiovascular, tal como os dados encontrados noutras investigações (Silva, 2012; Marrachinho, 2014). A DGS (2006) alerta que a patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes, o luto, entre outros, são alguns dos fatores que condicionam a saúde dos idosos, bem como a sua autonomia e a qualidade de vida. Doenças do foro mental como a demência são também patologias por vezes associadas ao envelhecimento – segundo Ferrinho, Bugalho e Miguel (2001, citado por DGS, 2006) a prevalência da demência aumenta de 1% aos 65 anos para 30% aos 85, sendo que o sexo feminino é o mais afetado. Os mesmos autores referem ainda que o mesmo se aplica aos Acidentes Vasculares Cerebrais, que aumenta de 3% aos 65 anos para 30% aos 85, sendo uma importante causa de morte na União Europeia.

Conforme Vara (2012) refere, os idosos ou os seus familiares que procuram o apoio de um Serviço de Apoio Domiciliário fazem-no maioritariamente devido a uma perda de autonomia e/ou incapacidade da pessoa idosa. Estas perdas normalmente trazem consigo alterações psicológicas e/ou isolamento social. Born (2002) considera que num cenário ideal o idoso deveria permanecer no seu lar até ao fim da sua vida, rodeado de familiares e dispondo de dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades básicas. No entanto, sabemos que este cenário se torna cada vez mais difícil. As mudanças que têm ocorrido na sociedade nas últimas décadas, como as mudanças na organização familiar, o emprego feminino e as sucessivas crises económicas (Born, 2002), levam várias famílias a não ter capacidade de resposta aos seus familiares idosos. O facto da maioria dos idosos viver sozinho foi apontado como a principal causa (46,3%) por recorrer à institucionalização (Centro de Dia ou SAD). Também Silva (2012) concluiu no seu estudo que a principal razão da institucionalização prende-se com o facto de o idoso viver sozinho. Rodrigues (2014, citado por Domingos, 2014) alerta que os idosos que vivem sozinhos e que têm mais de 75 anos são aqueles que se encontram em situação mais vulnerável.

Considerámos também importante estudar de quem partiu a ideia de procurar serviços de uma instituição. Sabemos que muitas vezes o idoso não tem escolha, vendo-se obrigado a ser institucionalizado por escolha de outrem. Neste caso esta suspeita confirma-se, uma vez que 48,8% dos idosos recorreram à institucionalização por ordem dos filhos, sendo que apenas 36,6% o fez por iniciativa própria. Contrariamente a estes dados, Soares e Amorim (2015) concluíram que na sua amostra, 46,5% dos idosos estariam institucionalizados por sua escolha.

No nosso estudo optámos ainda por compreender de que forma a participação ou não participação em atividades socioculturais influenciaria a perceção da qualidade de vida. A grande maioria dos idosos inquiridos revela participar em atividades de animação (70,7%), embora não existam diferenças estatisticamente significativas. Os dados recolhidos por Marrachinho (2014) vão ao encontro dos nossos, em que a maioria dos idosos institucionalizados refere participar em atividades socioculturais. Quando questionados sobre que atividades mais participavam, a maioria refere atividades recreativas (passeios e festas) como as que mais participam. Atividades desportivas são as que menos parecem interessar aos idosos participantes, com apenas 2,4% das respostas. Teixeira (2010) revela no seu estudo que os idosos que participam em atividades

socioculturais revelam melhor qualidade de vida, com diferenças estatisticamente significativas no domínio ambiente. Num estudo levado a cabo por Botas (2016) foram entrevistados 13 idosos que revelaram maior interesse em atividades que envolvam diálogo e atividade física. Este estudo concluiu que as atividades socioculturais contribuíram para melhorar a mobilidade, as relações pessoais, a auto estima e a motricidade fina. Também Antunes e Pereira (2014) concluíram que os idosos participantes no seu estudo preferiam atividades relacionadas com música, pintura, trabalhos manuais, ginástica e passeio.

O número crescente de idosos em situação vulnerável ou com algum nível de dependência faz com que seja necessário encontrar uma solução que nem sempre passa pela integração do idoso numa ERPI ou Centro de Dia. Questionámos aos idosos integrados em SAD quais os serviços que usufruíam, na tentativa de compreender se existiria alguma relação com a qualidade de vida. Não existindo diferenças estatisticamente significativas, constatamos que 29,3% dos idosos solicita apenas o serviço de alimentação. Também Engenheiro (2008) encontrou no seu estudo sobre apoio domiciliário e qualidade que a maior parte dos idosos solicitam apenas este serviço, seguido de uma combinação entre alimentação e tratamento de roupa. Estes dados levam-nos a pensar que talvez os níveis de autonomia dos idosos em SAD sejam mais elevados, ou que a família poderá garantir que as outras tarefas sejam realizadas, como a higiene habitacional, pessoal e tratamento de roupa. Apenas 7,3% dos inquiridos têm contratualizados todos os serviços disponibilizados pela instituição (alimentação, higiene pessoal, habitacional, tratamento de roupa e animação sociocultural). Num estudo denominado SABE (s.d.) entrevistaram-se 2100 pessoas com mais de 60 anos no município de São Paulo, Brasil. Este estudo demonstrou que quase um quinto dos idosos necessitava de auxílio para desempenhar pelo menos uma Atividade Básica da Vida Diária (Chaimowicz, 2013). O mesmo estudo concluiu ainda que um terço das mulheres entre os 60 e os 74 anos continuavam a realizar as suas tarefas domésticas.

Fontaine (2000) refere que envelhecimento e desenvolvimento são fenómenos que provocam transformações no organismo a nível biológico, psicológico e físico. O mesmo autor revela que, apesar das conotações negativas associadas ao envelhecimento ainda existirem, há inúmeros estudos que mostram que o envelhecimento também pode fazer com que as pessoas conservem ou melhorem a sua qualidade de vida. Quando questionados sobre como avaliam a sua qualidade de vida, os idosos participantes

responderam em maioria "nem boa nem má" (53,7%). Por outro lado, 29,3% considera que a sua qualidade de vida é "má" e apenas 17,1% respondeu "boa". O facto da percentagem de idosos referir que a sua qualidade de vida é má ser superior aos que consideram ser boa é preocupante – é essencial investigar quais as causas desta situação. Realizou-se um estudo levado a cabo por Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005), em que se entrevistaram 365 idosos no seu domicílio, colocando a seguinte questão: "O que é a qualidade de vida para si?". De acordo com os resultados obtidos, o primeiro fator que influencia a qualidade de vida tem a ver com os relacionamentos interpessoais e relações afetivas com a família. De seguida, encontrar-se bem de saúde e manter o equilíbrio emocional parecem ser os fatores de maior importância no que toca à perceção da qualidade de vida dos idosos.

Mollenkopf e Walker (2007) realizaram um estudo sobre qualidade de vida na terceira idade, onde foram entrevistados 999 idosos no Reino Unido. Deste estudo concluiu-se que os idosos identificaram como variáveis que influenciam a qualidade de vida as relações sociais, os papéis sociais, a saúde, a visão da vida e bem-estar, as circunstâncias financeiras, entre outros.

Assim, analisando os dados obtidos através do WHOQOL-Bref no nosso estudo, verificamos que a qualidade de vida média apresentada pelos idosos entrevistados se encontra precisamente no ponto médio numa escala de 0 a 100, com 50,6. A satisfação com a saúde é outra dimensão considerada pelos autores para calcularem a média da satisfação com a qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde (1997) define saúde como o estado de completo bem-estar, tanto a nível físico como mental e social, e não apenas a ausência de doença. Uma das possíveis causas para este score não ser mais elevado poderá estar relacionada com o facto da média de idades da nossa amostra ser alta. Como já foi referido anteriormente, quanto maior a idade, menor a qualidade de vida e evidentemente maior suscetibilidade a doenças.

O domínio que apresenta resultados mais baixos é o psicológico, com um score de 54,1. De acordo com Fontaine (2000), existem 3 fatores determinantes no bem-estar subjetivo. Em primeiro lugar, a congruência sentida pelo idoso entre os projetos que realizou e os que desejava ter realizado; Em segundo lugar, o entusiasmo em relação à vida; E em último lugar, o autor refere o humor como fator essencial, ou seja, a capacidade de se adaptar à sociedade e não se sentir rejeitado por ela.

Arca (2007) considera que as percepções sociais sobre o idoso influenciam o modo como os mesmos vivem a própria velhice. Na altura em que o envelhecimento populacional não era tão acentuado, o idoso era visto como uma fonte de sabedoria e experiência, sendo socialmente bastante reconhecido. Já mais tarde, a tendência era associar os idosos apenas ao declínio e perdas inevitáveis, estudando-os principalmente nestas vertentes. Segundo a autora (2007), atualmente a pessoa idosa começa a ser vista como mais urbana, com um certo estatuto económico, bem integrada e com um nível cultural e intelectual mais avançado. Embora a percepção da pessoa idosa ainda esteja maioritariamente ligada a perdas e falta de saúde, num futuro próximo é expectável que os idosos estejam mais preparados e exigentes a nível da sua participação ativa na sociedade e políticas sociais. Também Marrachinho (2014) encontrou scores semelhantes no seu estudo, com 57,9 no domínio psicológico, tal como Silva (2012) que obteve apenas 52,1. Ambos os estudos tiveram lugar junto da população idosa algarvia.

Tal como no estudo de Silva (2009) e Marrachinho (2014), também constatamos através da nossa investigação que o domínio que obteve uma pontuação mais elevada é o relações sociais - podemos verificar que os idosos percecionam uma qualidade de vida satisfatória. As relações pessoais que mantemos com a família e amigos são de extrema importância durante toda a vida. Porém, quando o idoso mantém relações pessoais satisfatórias a sua vida revela várias consequências positivas. Uma das possibilidades para este domínio ter obtido valores mais elevados pode estar relacionada com o facto de este estudo recair sobre idosos que não estão totalmente afastados do seu domicílio – os idosos em centro de dia vão para as suas casas no final do dia e ao fim de semana e os que estão integrados em serviço de apoio domiciliário mantêm as relações com amigos e vizinhos sem qualquer alteração. Teixeira (2010) concluiu através do seu estudo sobre solidão, depressão e qualidade de vida em idosos que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos idosos que estão satisfeitos com a relação que mantêm com familiares e amigos – quem está satisfeito apresenta uma melhor qualidade de vida em todos os domínios. Chaimowicz (2004, citado por Chaimowicz & Gus, 2013) refere no seu estudo que 65% dos idosos participantes assumem que poucas vezes ou nunca recorriam à família quando acometidos por problemas de saúde ou emocionais, sendo que 24% refere ainda poucas vezes ou nunca se encontrarem com amigos, vizinhos ou familiares. Os nossos dados contrariam esta informação, uma vez que os idosos parecem estar satisfeitos com este domínio.

Silva (2012) concluiu no seu estudo que os idosos de SAD são os que apresentam uma maior capacidade funcional quando comparados com os que frequentam Centro de Dia e ERPI. Estes dados podem estar relacionados com a falta de estimulação que os idosos podem sofrer quando integrados numa destas respostas sociais, ao contrário do que acontece quando estão no seu domicílio – estes por vezes ainda realizam pequenas tarefas domésticas, fazem as suas compras e organizam os seus horários conforme lhes é mais conveniente. Já quando estão em Centro de Dia ou ERPI, têm que se reger pelas regras por ela implementadas, muitas vezes sem qualquer autonomia para realizar as suas tarefas do dia-a-dia e de higiene. Nesta linha de pensamento, é possível verificar através da análise dos dados obtidos que o domínio físico da escala WHOQOL-Bref aplicado durante a nossa investigação apresenta um score de 59,9, o que significa que a qualidade de vida percecionada neste domínio é satisfatória. No entanto, visto que os idosos participantes estão integrados em centro de dia e/ou serviço de apoio domiciliário seria de esperar que este domínio obtivesse resultados mais positivos, uma vez que o seu nível de dependência é geralmente mais baixo. A DGS (2006) refere no seu estudo que 49% dos idosos entre os 65 e os 74 anos e 54% dos que têm mais de 75 anos consideram a sua saúde como má ou muito má. Estes dados podem ser explicativos dos valores encontrados no nosso estudo, já que o domínio físico está intimamente ligado à saúde e autonomia dos idosos.

Importa ainda referir que o domínio ambiente tem uma pontuação geral razoável (60,9), o que significa que de um modo geral os idosos estão satisfeitos com a sua segurança física, habitação e acesso aos cuidados de saúde. Estes dados poderão ser uma tendência regional algarvia, visto que Silva (2012), Martins (2012) e Marrachinho (2014) também encontraram resultados semelhantes no seu estudo em instituições no Algarve. Além disso, o facto do domínio ambiente ter uma pontuação razoável pode estar relacionado com a boa capacidade de adaptação ao espaço em que o idoso se encontra.

CONCLUSÕES

Considerando os resultados obtidos, concluímos que os nossos objetivos para este estudo foram cumpridos. Assim, podemos afirmar que os idosos do Centro Social de Santo Estêvão têm uma perceção satisfatória da sua qualidade de vida.

Analisando as hipóteses anteriormente formuladas, podemos ainda concluir que, de acordo com os dados recolhidos, existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género, em que os homens têm uma melhor qualidade de vida quando comparado com as mulheres. Os resultados encontrados no nosso estudo vão ao encontro dos dados de outros estudos já realizados na região Algarvia (Ribeiro, 2011; Mesquita, 2013; Marrachinho, 2014). No entanto, não encontramos resultados estatisticamente significativos em relação às variáveis resposta social, estado civil, gestão de rendimentos e idade, embora seja possível verificar que, no caso da resposta social, os idosos integrados em Centro de Dia apresentam melhores índices de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. Relativamente ao estado civil, aparentemente os idosos solteiros têm melhor perceção da qualidade de vida em todos os domínios excepto o ambiental. No que diz respeito à gestão de rendimentos, em todos os domínios os idosos participantes revelam melhor perceção da qualidade de vida quando gerem o seu próprio dinheiro. Por último, relativamente à variável idade, é possível verificar que quanto mais velho o idoso é, menor qualidade de vida percebe.

Com o avançar da idade surgem algumas alterações e, eventualmente, algumas limitações físicas e/ou cognitivas. Assim, deve-se pensar não só em ações de intervenção mas essencialmente de prevenção, já que a qualidade de vida na terceira idade está intimamente ligada a escolhas e estilos de vida durante a idade adulta. Nesta linha de pensamento, será necessário investir na criação de políticas que visem a manutenção do idoso no seu meio sociofamiliar o maior tempo possível, mantendo-os ativos física e socialmente, uma vez que estes fatores são geralmente associados a uma melhor qualidade de vida.

Julgamos ser importante informar a direção das instituições que a prioridade dos seus serviços deve ser sempre o bem-estar dos idosos, adequando a oferta à procura, e não mecanizando os serviços oferecidos como muitas vezes acontece. O envelhecimento é, como já foi referido, um acontecimento heterogéneo, ou seja, difere de idoso para idoso,

e as instituições devem ter esse fator em conta. Deve considerar-se que cada resposta social tem os seus aspetos positivos e negativos, sendo essencial adequar cada resposta social às necessidades do idoso. Não só os serviços e respostas sociais devem ser de qualidade, mas a formação de profissionais de forma adequada deve ser um ponto central, já que são consequentemente um dos elementos responsáveis pela qualidade de vida dos idosos.

Desta forma, será essencial que as instituições de apoio à terceira idade criem uma equipa de recursos humanos bem preparada e multidimensional, tanto na área social como na área da saúde. Tão importante como bons técnicos superiores é a formação de bons auxiliares de ação direta, que são os profissionais que maior contacto têm com os idosos e, consequentemente, que em grande parte são responsáveis pela qualidade dos serviços prestados.

Além da qualidade dos recursos humanos, importa referir que também o espaço físico onde os idosos se encontram é de extrema relevância. A existência de um espaço com boa acessibilidade é, obviamente, essencial, mas não só. À luz das informações que dispomos atualmente, sabemos que é fulcral a existência de um espaço que permita a realização de atividades socioculturais. No caso da instituição estudada, não existia um local próprio e propício ao seu desenvolvimento - as atividades lúdicas eram realizadas na mesa onde os idosos tomavam as suas refeições, sendo na maioria das vezes necessário arrumar o material no horário das refeições.

Na minha experiência enquanto educadora social numa instituição de apoio à terceira idade, verifico que os idosos estão cada vez mais exigentes em relação aos serviços que lhes são oferecidos. Tendo em conta que o número de idosos está a aumentar significativamente em Portugal e no mundo, na nossa opinião este é um facto positivo, pois só assim a relação serviços oferecidos e qualidade de vida poderá melhorar.

Uma das limitações deste estudo foi o facto da população alvo de investigação ser maioritariamente de um meio rural e terem uma média de idades superior a 80 anos, o que muitas vezes dificultava a comunicação entre a investigadora e os participantes – especialmente nas questões contempladas pelo instrumento WHOQOL-Bref, em que os idosos tinham dificuldade em entender as perguntas.

Outra limitação do estudo está relacionada com a impossibilidade de extrapolar resultados para a população, uma vez que se trata de um estudo de caso. No futuro, um dos aspetos que podem ser melhorados está relacionado com a dimensão e proveniência da amostra, pois só assim seria possível extrapolar os dados obtidos para a população algarvia. No entanto, na nossa opinião, realizar um estudo deste tipo tem os seus aspetos positivos. Um deles recai sobre o clima de proximidade que se gera entre o investigador e os idosos, o que permite respostas mais honestas e por vezes mais elaboradas e detalhadas, permitindo uma visão mais completa da realidade estudada. Este fator contribui não só para o trabalho de investigação em si, mas para a riqueza de conhecimentos que o investigador adquire após concluir o seu estudo.

Assim, pensamos que esta investigação contribui ainda para a visão geral da qualidade de vida da população idosa algarvia, uma vez que os nossos dados vão ao encontro dos dados de outros estudos realizados na região algarvia, conforme verificámos ao longo deste trabalho. Além disso, espera-se que os dados obtidos nesta investigação sejam relevantes para um maior conhecimento das variáveis envolvidas na qualidade de vida dos idosos em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário.

Por fim, pensamos que será importante continuar a realizar estudos na área da gerontologia, incidindo sobre a temática da qualidade de vida. Ainda existem algumas lacunas na literatura no que diz respeito às variáveis que a influenciam, e seria interessante realizar estudos que apontassem para a formulação de novas questões de investigação e hipóteses. A realização de estudos direcionados a idosos com características e contextos diferentes permitiria uma visão mais ampla da qualidade de vida na terceira idade, pois o que se pretende é não só viver mais, mas viver melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberte, J., Ruscalleda, R., & Guariento, M. (2015). Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med.* 13(1), pp. 32-39.
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Angulo, J., & Jiménez, A. (2000). Sociodemografía. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Antunes, A., & Pereira, J. (2014). Animação sociocultural e terceira idade. In A. Fontes, J. Sousa, M. Lopes, & S. Lopes, *Animação sociocultural em contextos iberoamericanos*. RIAP - Rede Iberoamericana de Animação Sociocultural.
- Arca, B. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In A. Osório, & F. Pinto, *As pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Arrazola, F., Méndez, A., & Lezaun, J. (2003). *Centros de día - atención e intervención interal para personas e mayores dependientes e com deterioro cognitivo*. España: Departamento de Servivios Sociales - Artaso.
- Binelo, J., Mattjie, M., & Ilha, V. (2015). A qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. Psic. IMED* 7(1), pp. 2175-5027.
- Birren, J., Lubben, J., Rowe, J., & Deutchman, D. (1991). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. UK: Academic Press Inc.
- Bonfim, C., & Saraiva, S. (1996). *Centros de Dia*. Lisboa: Direção Geral da Ação Social.
- Bonfim, C., & Veiga, S. (1996). *Serviço de Apoio Domiciliário*. Lisboa: Direção Geral da Ação Social.
- Born, T. (2002). Cuidado ao idoso em instituição. In M. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Botas, D. (2016). *Contributo das atividades de animação sociocultural nos idosos em Serviço de Apoio Domiciliário [Dissertação de mestrado]*. Obtido em 4 de Abril de 2017, de Instituto Politécnico de Leiria:
<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/1926>
- Campos, A. (2014). *Envelhecimento, género e qualidade de vida [Tese de doutoramento]*. Obtido em 29 de Março de 2017, de
<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ODON-9PWQDB>

- Canavarro, M., Simões, M., Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., et al. (2007). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida, *Avaliação psicológica - instrumentos validados para a população portuguesa*. Quarteto Editora.
- Cary, V. (2016). *Sapientia*. Obtido em 4 de Agosto de 2017, de Stresse e qualidade de vida da pessoa idosa [Dissertação de mestrado]: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/9844>
- Chaimowicz, F. (2013). *Saúde do idoso*. Belo Horizonte: Nescon UFMG.
- CMT. (s.d.). *Santo Estêvão*. Obtido em 16 de Abril de 2017, de Câmara Municipal de Tavira: <http://www.cm-tavira.pt/site/content/turismo-concelho/santo-est%C3%AAv%C3%A3o>
- Coimbra, J., & Brito, I. (1999). Qualidade de vida do idoso. *Revista de Enfermagem Referência* 1,3, pp. 29-35.
- Cupertino, A., Rosa, F., & Ribeiro, P. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 20(1), pp. 81-86.
- Daatland, S. (2005). Quality of life and ageing. In M. Johnson, *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DecoProteste. (2013). Lares de idosos - esperar e desesperar por vaga. *Rev. Teste Saúde*, 102, pp. 10-14.
- DGS. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS.
- Dias, D., Carvalho, C., & Araújo, C. (2013). Comparação da perceção subjetiva da qualidade de vida e bem estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev. Bras. Gerontol., Rio de Janeiro*, 16(1), pp. 127-138.
- Domingos, A. (2014). *A pobreza na terceira idade: um modelo explicativo*. Obtido em 1 de Abril de 2017, de Repositório Universidade de Lisboa: <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/7676>
- Engenheiro, S. (2008). *Apoio domiciliário e qualidade: um estudo de caso*. Obtido em 03 de Abril de 2017, de Repositório Universidade de Lisboa: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3382/2/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MPS.pdf>
- Fernandes, H. (2013). Qualidade de cuidados e serviços nas respostas sociais para idosos. In L. Jacob, E. Santos, R. Pocinho, & H. Fernandes, *Envelhecimento e economia social: perspetivas atuais*. Viseu: Psicosoma.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Fernández-Ballesteros, R., & Anton, A. (1997). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Psicossocial vol.6 n.º1*.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, D., & Caprara, M. (2009). Calidad de vida, satisfacción con la vida y envejecimiento positivo. In R. Fernández-Ballesteros, *PsicoGerontología - Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social: Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Sá, R., & Moreira, M. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*, 15(3), pp. 357-364.
- Fonseca, A. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidática.
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2006). *An aging world: 2015 internacional population reports*. Obtido em 10 de Abril de 2017, de United States Census Bureau:
<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- INE. (2001). *Censos 2001*. Obtido em 8 de Março de 2017, de Instituto Nacional de Estatística:
http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=91971&att_display=n&att_download=y.
- INE. (2004). *Projeções de população residente, Portugal e NUTS II 2000-2050*. Obtido em 4 de Março de 2017, de Instituto Nacional de Estatística:
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=7035241&att_display=n&att_download=y.
- INE. (2011). *Censos 2011*. Obtido em 18 de Fevereiro de 2017, de Instituto Nacional de Estatística:
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

- INE. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Obtido em 4 de Dezembro de 2016, de Instituto Nacional de Estatística:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- INE. (2016). *Rendimento e condições de vida (dados provisórios)*. Obtido em 2 de Abril de 2017, de Instituto Nacional de Estatística:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=250505009&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2017). *Projeções de população residente*. Obtido em 30 de Março de 2017, de Instituto Nacional de Estatística:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695839&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jacob Filho, W. (2006). Atividade física e envelhecimento saudável. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp* (20), pp. 73-77.
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia*. Viseu: Psicosoma.
- Kawasaki, K., & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso - parte I. *Revista Esc Enferm USP* 35(3), pp. 257-264.
- Kawasaki, K., & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso - parte II. *Revista Esc Enferm USP* 35(4), pp. 320-327.
- Kawasaki, K., & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - parte II. *Rev. Esc. Enferm. USP* 35(4), pp. 320-327.
- Klein, W., & Bloom, M. (1997). *Successful aging - strategies for healthy living*. New York: Plenum Press.
- Larsson, K., Silverstein, M., & Thorslund, M. (2005). Delivering care to older people at home. In M. Johnson, *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leal, M., Apóstolo, J., Mendes, A., & Marques, A. (2014). Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. *Acta Paul. Enferm.* 27(3), pp. 208-2014.
- Leme, L., & Silva, P. (2002). O idoso e a família. In M. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Martins, C., Albuquerque, F., Gouveia, C., Rodrigues, C., & Neves, M. (2007). Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os

- residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud. Interdiscip. Envelhec., Porto Alegre*, v.11, pp. 135-154.
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(2), pp. 7-18.
- Mollenkopf, H., & Walker, A. (2007). *Quality of life in old age - internacional and multidisciplinary perspectives*. UK: Springer.
- Moody, H., & Sasser, J. (2015). *Aging: concepts and controversies*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Moraes, E., Moraes, F., & Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev. Med. Minas Gerais* 20(1), pp. 67-73.
- Morgan, L., & Kunkel, S. (2001). *Aging: the social context*. California: Pine Forge Press.
- Moura, C. (2006). *Século XXI. Século do envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Nordon, D., Guimarães, R., Kozonoe, D., Mancilha, V., & Neto, V. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Rev. Fac. Ciências Méd. Sorocaba*, v.11, n.º3, pp. 5-8.
- Nordon, D., Guimarães, R., Kozonoe, D., Mancilha, V., & Neto, V. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba* 11(3), pp. 5-8.
- Novo, A., & Paz, J. (2012). Exercício físico no idoso. In F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia - um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psicosoma.
- Pankow, L., & Solotoroff, J. (2007). Biological aspects and theories of aging. In J. Blackburn, & C. Dulmus, *Handbook of gerontology*. New Jersey: Wiley and Sons, Inc.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, F. (2012). A Institucionalização do idoso. In F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia*. Viseu: Psicosoma.
- Pereira, K., Alvarez, A., & Traebert, J. (2011). Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Rev. Bras. Gerontol., Rio de Janeiro*, 14(1), pp. 85-95.
- Pereira, R., Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S., et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. Psiquiatr. RS* 28(1), pp. 27-38.
- PorData. (2016). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*. Obtido em 9 de Março de 2017, de PorData:

<http://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo-1260>

- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), pp. 179-191.
- Ribeiro, O. (2012). Género e envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Sakolovsky, J. (2009). *The cultural context of aging - worldwide perspectives*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Santos, C., Rossetti, C., & Ortega, A. (2006). O funcionamento cognitivo de idosos e de adolescentes num contexto de jogo de regras. *Estud. Interdiscip. Envelhec. Porto Alegre* v9, pp. 53-74.
- Shneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Rev. Estud. Psic., Campinas* 25(4), pp. 585-593.
- Silva, M. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural [Dissertação de mestrado]*. Obtido em 10 de Fevereiro de 2017, de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf>
- Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem estar psicológico em idosos [Dissertação de mestrado]*. Obtido em 25 de Março de 2017, de Repositório Institucional Universidade Fernando Pessoa: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf>
- Soares, A., & Amorim, M. (2015). Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Rev. Port. de Enferm. de Saúde Mental (Ed. Esp. 2)*, pp. 45-51.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, 37(3), pp. 364-371.
- Sousa, R. (2009). *Envelhecimento da população portuguesa: algumas decorrências económicas [Dissertação de mestrado]*. Obtido em 4 de Abril de 2017, de Repositório Universidade de Lisboa: <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/1728>
- Sowers, K., & Rowe, W. (2007). Global aging. In J. Blackburn, & C. Dulmus, *Handbook of gerontology*. New Jersey: Wiley and Sons, Inc.

- Tamer, N., & Petriz, G. (2007). A qualidade de vida dos idosos. In A. Osório, & F. Pinto, *As pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tavares, A., Tesche, V., & Gaustad, M. (2010). Associação entre estado civil e qualidade de vida em pacientes em psicoterapia na cidade de Porto Alegre. *XI Salão de Iniciação Científica - PUCRS*.
- Tavares, A., Tesche, V., & Gaustad, M. (2010). *Associação entre o estado civil e qualidade de vida em pacientes em psicoterapia na cidade de Porto Alegre*. Obtido em 14 de abril de 2017, de PUCRS:
http://www.pucrs.br/edipucrs/XISalaoIC/Ciencias_Humanas/Psicologia/83996-ANELISECOUTINHOTAVARES.pdf
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção [Dissertação de Mestrado]*. Obtido em 25 de Março de 2017, de Repositório da Universidade de Lisboa:
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf
- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice*. Porto: Asa Editores.
- Vara, M. (2012). O olhar do gerontólogo. In F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia*. Viseu: Psicosoma.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 8(3), pp. 246-252.
- Whitehouse, P. (2006). The meaning of cognition in our society and health care systems. In C. Kruse, H. Meltzer, C. Senet, & S. Van de Witte, *Thinking about cognition: concepts, targets and therapeutics*. Netherlands: IOS Press.
- WHO. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. WHO: Programme of Mental Health.
- WHOQOL. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment. *Soc. Sci. Med.* Vol. 46, n.º12, pp. 1569-1585.
- Yin, R. (2009). *Estudo de caso - planejamento e métodos*. São Paulo: Bookman Editores.
- Zalavsky, C., & Gus, I. (2002). Idoso: doença cardíaca e comorbidades. *Arq. Bras. Cardiol.* 79(6), pp. 635-639.

ANEXOS

ANEXO I
WHOQOL-Bref

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento / /

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
1º-4º anos	<input type="text"/>
5º-6º anos	<input type="text"/>
7º-9º anos	<input type="text"/>
10º-12º anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

Solteiro(a)	<input type="text"/>
Casado(a)	<input type="text"/>
União de facto	<input type="text"/>
Separado(a)	<input type="text"/>
Divorciado(a)	<input type="text"/>
Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

APÊNDICES

APÊNDICE I

Formulário Sociodemográfico e Contextual

Formulário sociodemográfico e contextual

Eu, Susana Margarida Vidigueira Paulito Estêvão, aluna do 2º ano do mestrado em Gerontologia Social na Universidade do Algarve, a desenvolver um trabalho de investigação na área da qualidade de vida em idosos institucionalizados, venho solicitar a resposta a este formulário, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados adquiridos.

As seguintes questões são direccionadas à caracterização da pessoa através da obtenção de alguns dados pessoais. A respetiva opção deve ser assinalada com um X e os espaços em branco devem ser preenchidos.

1. Resposta social:

Centro de Dia ☐

Serviço de Apoio Domiciliário ☐

2. Idade:

3. Género:

Feminino ☐

Masculino ☐

4. Estado civil:

Solteiro(a) ☐

Casado(a)/União de facto ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

5. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever ☐

Sabe ler e escrever ☐

1º ciclo ☐

2º/3º ciclo ☐

Ensino secundário ☐

Ensino superior ☐

6. Última profissão exercida:

7. Com quem vive:

Sozinho(a) ☐

Com o conjugue ☐

Com os filhos ☐

Outros ☐

Quais? _____

8. Rendimentos:

Até €200 ☐

De €201 a €350 ☐

De €351 a €500 ☐

De €501 a €700 ☐

De €701 a €900 ☐

Superior a €901 ☐

9. Gestão dos rendimentos:

Eu faço a sua gestão ☐

Alguém gere parcialmente a minha pensão e dá-me o dinheiro que quero ☐

Alguém gere totalmente a minha pensão e só obtenho o estritamente necessário ☐

10. Antecedentes médicos

Acidente vascular cerebral ☐

Enfarte ou angina de peito ☐

Hipertensão arterial ☐

Reumatismo ☐

Alzheimer ☐

Parkinson	<input type="checkbox"/>		
Depressão	<input type="checkbox"/>		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Com insulina <input type="checkbox"/>	Sem insulina <input type="checkbox"/>
Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>		
Neoplasias	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>		

11. Motivo que o levou ao centro de dia ou serviço de apoio domiciliário:

Viver sozinho	<input type="checkbox"/>	
Incapacidade	<input type="checkbox"/>	
Falta de apoio familiar	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	Quais: _____

12. Indique de quem partiu a ideia de integração em centro de dia ou serviço de apoio domiciliário:

Do próprio	<input type="checkbox"/>	
Dos filhos	<input type="checkbox"/>	
De outros familiares	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	Quem: _____

13. Costuma participar em atividades socioculturais desenvolvidas pela instituição?

Sim ☐

Não ☐

14. Se respondeu sim na questão anterior, indique o grupo de atividades em que participa.

Passeios	<input type="checkbox"/>	Jogos	<input type="checkbox"/>	Estimulação cognitiva	<input type="checkbox"/>
Festas	<input type="checkbox"/>	Desporto	<input type="checkbox"/>	Pintura	<input type="checkbox"/>

15. Se está integrado no serviço de apoio domiciliário, indique quais os serviços que usufrui:

Alimentação ☐

Higiene pessoal ☐

Higiene habitacional ☐

Lavagem e tratamento de roupa ☐

Atividades socioculturais ☐

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE II

Pedido de autorização para aplicação do instrumento WHOQOL-Bref

De: **Susana Estêvão** <susana.vpe@gmail.com>
Data: 20 de março de 2016 às 11:46
Assunto: Pedido de autorização para aplicação do instrumento WHOQOL-BREF
Para: mccanavarro@fpce.uc.pt
Cc: fnave@ualg.pt

Exma. Senhora Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

Eu, Susana Margarida Vidigueira Paulito Estêvão, licenciada em Educação Social pela Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, encontro-me neste momento a frequentar o mestrado em Gerontologia Social a decorrer no mesmo local. Com o intuito de desenvolver um trabalho de investigação que se intitula "Qualidade de vida de idosos em centro de dia e serviço de apoio domiciliário: um estudo comparativo", que será realizado numa IPSS no concelho de Tavira, venho por este meio solicitar a escala acima mencionada e respetivo protocolo de aplicação.

Importa referir que os direitos de autor serão respeitados e preservados com a sua aplicação.

O presente estudo está sob a orientação do Professor Doutor Filipe Nave, docente na Universidade do Algarve, que tem o seguinte correio eletrónico: fnave@ualg.pt.

Sem mais assunto de momento, aguardo uma resposta o mais breve possível de forma a dar início a esta investigação.

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada, apresento os meus melhores cumprimentos.

20/03/2016
Susana Paulito Estêvão

APÊNDICE III

Resposta à solicitação de autorização para aplicação do WHOQOL-Bref

De: **Cláudia Melo** <claudiasmelosilva@gmail.com>
Data: 6 de abril de 2016 às 11:44
Assunto: Re: Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref
Para: Susana Estevas <susana.vpe@gmail.com>

Cara Dra. Susana Estêvão,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em

<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Atenciosamente,
Cláudia Melo.

APÊNDICE IV

**Pedido de autorização para aplicação do instrumento WHOQOL-Bref e
Formulário Sociodemográfico e Contextual no Centro Social de Santo Estêvão**

De: **Susana Estêvão** <susana.vpe@gmail.com>

Data: 19 de abril de 2016 às 12:53

Assunto: Recolha de dados

Para: macario.correia@sapo.pt

Cc: csocial_sto_estevao@sapo.pt

Exmo. Sr. Eng.º Macário Correia,

Conforme discutido anteriormente pretendo realizar um trabalho de investigação no Centro Social de Santo Estêvão, no âmbito do mestrado em Gerontologia Social que me encontro a frequentar.

Envio em anexo os documentos que serão utilizados para a recolha de dados junto dos idosos - um consentimento informado, um formulário sociodemográfico e o instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde.

Espero assim começar a recolha de dados ainda esta semana, se da sua parte não existir qualquer impedimento.

Atentamente,
Susana Estêvão

APÊNDICE V

**Resposta à solicitação para aplicação do WHOQOL-Bref e Formulário
Sociodemográfico e Contextual no Centro Social de Santo Estêvão**

De: **José Macário Correia** <macario.correia@sapo.pt>
Data: 19 de abril de 2016 às 13:16
Assunto: Re: Recolha de dados
Para: Susana Estêvão <susana.vpe@gmail.com>
Cc: csocial_sto_estevao@sapo.pt

Tudo bem

Bom trabalho

APÊNDICE VI

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Tomei conhecimento que os questionários que me foram apresentados fazem parte de um trabalho de investigação no âmbito do mestrado em Gerontologia Social, onde se pretende realizar um estudo comparativo entre a qualidade de vida de idosos em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário.

Fui também informado(a) que todas as respostas são confidenciais e que em momento algum a minha identidade será revelada.

Desta forma, o meu nome não deve aparecer em nenhuma das páginas destes questionários.

Por aceitar participar neste trabalho de investigação, assino e dato a seguinte declaração.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____